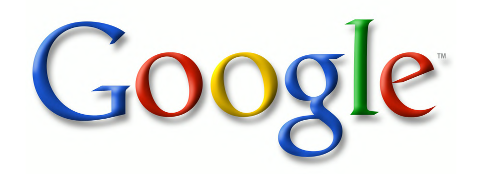



CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 078 853 144

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreißigster Jahrgang.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.

1904.

Originalmitteilungen.

a*

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 27, welche den Bericht über den XXXIII. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)







Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 27, welche den Bericht über den XXXIII. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)

// Zentralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 1. Sonnabend, den 9. Januar. 1904.

I.

Zur intrakapsulären Prostataresektion bei Prostatahypertrophie.

Von
L. Rydygier, k. k. Hofrat.

In letzter Zeit sind kurz hintereinander drei Arbeiten über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie veröffentlicht worden: »Über die Excochleatio prostatae« von Riedel (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 44); »Über die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata« von O. Zuckerkandl (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 44) und »Behandlung der Prostatahypertrophie mit perinealer Prostatektomie« von Völcker (v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI Hft. 4).

Riedel hat in der ihm eigenen Weise nicht nur die wichtigsten Punkte der Technik hervorgehoben, sondern auch das Wesentliche bei der Indikationsstellung kurz berührt, so daß ich ihm vollständig beipflichte, wenn er sagt, daß wir so ziemlich den gleichen Gedankengang verfolgt haben.

Nicht ganz so ohne Rückhalt kann ich O. Zuckerkandl und Völcker beistimmen. Beiden gegenüber muß ich hervorheben, daß ich schon im Jahre 1900[1] die perineale Prostatectomia partialis vorgeschlagen habe, dann aber im Jahre 1901[2] und 1902[3] mit Nachdruck die intrakapsuläre Prostataexkochleation resp. Resektion wieder und wieder anempfohlen und deren Technik hinreichend genau beschrieben habe. Trotzdem werden diese meine Arbeiten von O. Zuckerkandl nicht erwähnt, obgleich er sonst ziemlich genau die Literatur berücksichtigt und sich selbst über die Nichtberücksichtigung einer seiner früheren Arbeiten beklagt und in einer Fußnote seine Priorität »mit allem Nachdruck« in betreff des prärektalen Bogenschnittes feststellt. Die von mir beschriebene Operationsmethode unterscheidet sich wesentlich von den Methoden von Alexander, Nicoll, Jabulay, Freyer u. a., aber auch von dem Vorgehen von Czerny, das Völcker beschreibt, und von dem von O. Zuckerkandl, so daß sie wohl eine Berücksichtigung verdient hätte, die ihr auch Riedel schenkt.

Meine Idee war, da es sich für gewöhnlich bei der Prostatahypertrophie um ältere, mehr oder weniger dekrepide Männer handelt,

---

[1] Zur Behandlung der Prostatahypertrophie, kurz referiert im Zentralblatt für Chirurgie 1900. Nr. 40. p. 1008.

[2] Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1901. p. 19 und Zentralblatt für Chirurgie 1901. Beilage.

[3] Die intrakapsuläre Prostataresektion als Normalverfahren bei Prostatahypertrophie. Zentralblatt für Chirurgie 1902. Nr. 41.

eine möglichst wenig eingreifende Operationsmethode auszubilden. Ich will etwas näher mein Vorgehen nochmals begründen:

1) Ich habe dem am wenigsten verletzenden Rhapheschnitt (von der Wurzel des Hodensackes bis nahe an den After) den Vorzug gegeben und bin in meinen Fällen von intrakapsulärer Exkochleation damit ausgekommen. Ich bemerke gleich hier, daß ich eine »Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata«, wie es O. Zuckerkandl will, aus triftigen Gründen gar nicht beabsichtige — ich werde darauf noch zurückkommen. In schwierigen Fällen mag der von O. Zuckerkandl zur Bloßlegung der hinteren Prostatafläche zuerst anempfohlene präre ktale Bogenschnitt freieren Zutritt gestatten und einen noch freieren der von Riedel angewandte Bogenschnitt mit einem darauf gesetzten bis zum Scrotum verlaufenden Längsschnitt. Ohne Zweifel sind jedoch diese Schnitte verletzender wie der einfache Rhapheschnitt.

2) Die Kapsel habe ich immer seitlich — je nachdem es bequemer war, zuerst links oder rechts — etwa 1—2 cm von der Mittellinie möglichst ausgiebig in der Längsrichtung gespalten; ebenso macht es auch Riedel. Das Spalten der Kapsel in der Mittellinie, wie es Völcker und O. Zuckerkandl beschreibt, halte ich für weniger empfehlenswert, da doch dort der mehr oder weniger ausgebildete Isthmus liegt, welcher die beiden Seitenlappen verbindet und man von dort aus direkter auf die Harnröhre kommt und sie so leichter verletzen kann.

3) Ich kann mich gar nicht damit einverstanden erklären, die Harnröhre von vornherein absichtlich zu eröffnen, wie es O. Zuckerkandl u. a. wollen. Im Gegenteil, ich muß mich grundsätzlich gegen die absichtliche Eröffnung der Harnröhre und noch viel mehr gegen die der Harnblase erklären. Völcker sagt: »Ist also die Operation richtig ausgeführt, so findet sich nach ihrer Beendung in der unteren Wand der Pars prostatica urethrae und im Blasenhals ein schlitzförmiger Defekt, dessen Ränder eventuell etwas zerfetzt sind, aber die Kontinuität der Teile ist gewahrt«. Mit einer solchen Ausführung der Operation kann ich mich durchaus nicht einverstanden erklären. Dann erhält man Resultate, wie die von Völcker beschriebenen: auf 11 Operationen 2mal Exitus letalis (Fall 9 und 10), 2mal perineale Fistel (Fall 5 und 11), 3mal Rektumverletzung (Fall 3, 6 und 10). »In einem Falle ist eine nachträgliche Verengerung an der Operationsstelle beobachtet worden. Es ist dies ein Fall, bei dem die Prostata in toto herausgenommen wurde.«

Infolge der Verletzung der Harnröhre und noch mehr der Harnblase wird die Operation viel gefährlicher, namentlich durch den ungemein viel komplizierteren Verlauf in der Nachbehandlungsperiode. Wir müssen mit allen Kräften dahin streben, selbst ein zufälliges Verletzen der Harnröhre oder der Harnblase während der Operation — wenn möglich — zu vermeiden, was sich leider häufig gegen unseren Willen ereignet. Wenn ich überdies in der Arbeit O. Zucker-

kandl's lese, daß trotz der prinzipiellen Eröffnung der Harnröhre am Anfange später dennoch eine weitere zufällige Verletzung vorgekommen ist, so fällt damit auch das letzte Unterstützungsmoment für die prinzipielle Eröffnung derselben fort: daß es nämlich besser ist, von vornherein eine glatte Wunde absichtlich in die Harnröhre zu setzen, als später unabsichtlich fast ohne Ausnahme im weiteren Verlauf der Operation eine gerissene, unregelmäßige Verletzung zu riskieren — eines schützt vor dem anderen nicht, wie die Erfahrung O. Zuckerkandl's lehrt. Das wird mich weiterhin dazu anspornen, danach zu streben, gerade in dieser Richtung die Technik dieser Operation weiter auszubilden. Aus diesem Grunde habe ich statt der ursprünglich anempfohlenen intrakapsulären Exkochleation später die intrakapsuläre Resektion vorgeschlagen. Durch Stehenlassen des der Harnröhre zunächstliegenden Prostatateiles hoffe ich nach vollkommener Ausbildung der Technik eine Verletzung der Harnröhre in der Regel vermeiden zu können. Jedenfalls bin ich fest überzeugt, daß das Streben nach dieser Richtung — nach dem Sicherstellen der Harnröhre, der Harnblase und des Mastdarmes vor absichtlicher oder zufälliger Verletzung, d. i. nach möglichster Verminderung der Operationsgefahr — viel mehr angezeigt ist, als das Streben nach einer möglichst totalen Exstirpation der Prostata.

4) Ich halte im Gegenteil eine Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata, wie es der Titel der O. Zuckerkandl'schen Arbeit sagt, abgesehen davon, daß sie intrakapsulär strikte genommen überhaupt unmöglich ist, nicht für durchaus notwendig und für viel gefährlicher, als die teilweise Exkochleation oder Resektion. Die regelmäßige Verletzung der Harnröhre ist bei der Totalexstirpation verständlich, wenn man bedenkt, daß die Harnröhre in ihrem prostatischen Abschnitte außer der Schleimhaut keine distinkt abgegrenzten Wandungen besitzt. Daß bei einer einigermaßen wirklich durchgeführten Totalexstirpation der Prostata auch die Harnblase, ja der Mastdarm häufiger in Gefahr kommt, habe ich schon aus der Völcker'schen Arbeit bewiesen. Auch bei O. Zuckerkandl finde ich einmal eine Mastdarmverletzung und zweimal einen Mastdarmdekubitus, der in der vierten Woche post operationem zustande kam, erwähnt. Wäre auch nur die hintere Wand der Prostatakapsel stehen geblieben, so konnte ein Mastdarmdekubitus durch einen Seidenkatheter gewiß nicht entstehen.

Um alle diese Gefahren zu vermeiden und eine möglichst ungefährliche Operation zu schaffen, habe ich anstatt der gewöhnlichen perinealen Prostatektomie die perineale intrakapsuläre Prostataexkochleation anempfohlen, die gewiß bei den adenoidalen Vergrößerungen wird zu Recht bestehen bleiben. Bei den mehr gleichmäßigen Vergrößerungen der Prostata dürfte sich mehr die intrakapsuläre Resektion empfehlen, wobei man zu beiden Seiten der durch einen dicken Katheter markierten Harnröhre Streifen der Prostata stehen läßt.

Vielleicht könnte man dadurch wenigstens in einigen Fällen auch die Verletzung der Ductus ejaculatorii vermeiden, die ja bekanntlich ziemlich nahe der Harnröhre — ca. 6 mm von ihr entfernt — in der Mitte der Prostata verlaufen. Dieser Umstand ist gewiß nicht ohne Belang, namentlich wenn man diese Operation auch in früheren Stadien des Leidens, also auch bei jüngeren Männern ausführen will, wie ich das des näheren noch weiter unten begründen werde. Das ist eine Frage, die bei den bisherigen Publikationen gar nicht berücksichtigt worden ist, was sie gewiß verdient hätte. Man sage mir nicht, dieser Punkt wäre weniger wichtig, da es sich für gewöhnlich um ältere Männer handelt: Erstens tritt Prostatahypertrophie nicht selten schon um die fünfziger Jahre mit ihren Beschwerden ein; und zweitens, wer will es behaupten, daß Männer um die sechziger Jahre die Schädigung ihrer geschlechtlichen Funktionen ohne Verdruß mit in den Kauf nehmen. Aus diesem Grunde wurde ja nicht selten zur Zeit als noch die Kastration häufiger gegen die Prostatahypertrophie anempfohlen wurde, von den Pat. — und zwar auch von den älteren — die Einwilligung zu dieser Operation entschieden versagt. Ich will hier noch auf einen meiner Fälle schon jetzt besonders hinweisen, wo ich einem jüngeren Manne wegen Prostatatuberkulose eine möglichst genaue und weitgehende Exkochleation gemacht habe. Nach etwa einem Jahre hatte ich von dem sonst geheilten Pat. die ernste Klage zu hören, daß er seit der Operation absolut keinen Trieb zum geschlechtlichen Verkehr fühle und wenn er ab und zu den Beischlaf ausführe, um den sonst von Zeit zu Zeit auftretenden Pollutionen, die sehr schmerzhaft sein sollen — vielleicht infolge von Abknickungen der Ductus ejaculatorii im Narbengewebe — vorzubeugen, so geschehe das ohne den geringsten Genuß, den er schmerzlich vermisse. Ich bitte auch auf diese eventuell recht unangenehme Folge der Operation in entsprechenden Fällen das Augenmerk zu richten, die gewiß desto sicherer eintreten wird, je genauer man die ganze Prostata entfernt.

Aus der O. Zuckerkandl'schen Beschreibung glaube ich aber noch eine weitere recht empfindliche nachteilige Folge der Totalexstirpation der Prostata ersehen zu können: In zwei seiner Fälle ist nach der Ausheilung Harnträufeln, namentlich im Stehen und beim Husten, zurückgeblieben. Dieses recht unangenehme Ereignis habe weder ich in meinen Fällen beobachtet, noch finde ich es bei Riedel erwähnt. Wenn man bedenkt, daß die Prostata nicht nur als sezernierende Drüse, sondern auch als muskulöser Schließapparat der Blase von größter Bedeutung ist, so kann es uns nicht verwundern, daß nach ihrer totalen Entfernung eben der Verschluß unzureichend wird.

Andererseits glaube ich nicht, daß eine intrakapsuläre Resektion oder teilweise Exkochleation ohne Erfolg bleiben sollte. Dagegen spricht schon die bisherige Erfahrung, abgesehen von dem nicht unzutreffenden Vergleich mit der Strumaresektion, den ich bei meiner

früheren Publikation herangezogen habe. Ein teilweises Entfernen kann unmöglich ohne einen günstigen Einfluß bleiben: die Eröffnung der vielen Buchten in der hypertrophischen Prostata und die nachfolgende narbige Retraktion wird unzweifelhaft immer dazu beitragen, um die Passage für den Urin günstiger zu gestalten, wie das für die Atmung nach der Resektion der Struma der Fall ist. Ein Erfolg dürfte nur dann ausbleiben, wenn der vergrößerte mittlere Lappen allein das Hindernis zur Entleerung des Urins bilden sollte. In diesen Fällen wird aber die intrakapsuläre Entfernung der Seitenlappen überhaupt ohne Erfolg bleiben und ist nicht indiziert.

Ob bei der intrakapsulären Exkochleation oder Resektion häufiger Rezidive auftreten werden, läßt sich augenblicklich weder im bejahenden noch im verneinenden Sinne bestimmt sagen. »Im Falle eines Rezidivs wäre es ja leicht, die Operation nach Jahr und Tag zu wiederholen«, wie Riedel sagt. Die Hauptsache ist, daß der Eingriff möglichst ungefährlich sei.

Das sind die Gründe, weshalb ich bei meiner Anempfehlung der intrakapsulären Resektion oder Exkochleation stehen bleibe und weder die von O. Zuckerkandl anempfohlene Totalexstirpation, noch das von Völcker beschriebene ähnliche Verfahren aus der Czerny'schen Klinik annehme.

Zum Schluß noch ein Wort zur Indikationsstellung: Ich glaube mit Riedel, man sollte diese Operation auch in früheren Stadien anempfehlen. So ausgeführt, wie ich es vorgeschlagen habe, soll es eben eine wenig gefährliche Operation sein, die keine nachteiligen Folgen nach sich zieht. Je früher man aber das mechanische Hindernis der Harnentleerung beseitigt, desto besser wird man den Kranken von den nachteiligen Folgen auf die Blasenwandungen und die Nieren schützen.

II.

(Aus dem Clementinenhause zu Hannover.)

Die Behandlung der Humerusfrakturen im Schwebestreckverband (Äquilibriermethode).

Von

Dr. Geissler,

Oberstabsarzt und dirigierendem Arzte.

Während sich bei der Behandlung der Brüche der unteren Gliedmaßen die bewährten Lehren der v. Bergmann'schen Klinik allgemein wohl Eingang verschafft haben und die festen Verbände, besonders mit Gips, bevorzugt werden, sind betreffs der oberen Gliedmaßen die Methoden nicht so übereinstimmend. Beim Vorderarm bevorzuge ich auch den Gips, aber schon hier konkurrieren als gleichwertig die mannigfaltigsten Schienen und Verbandarten.

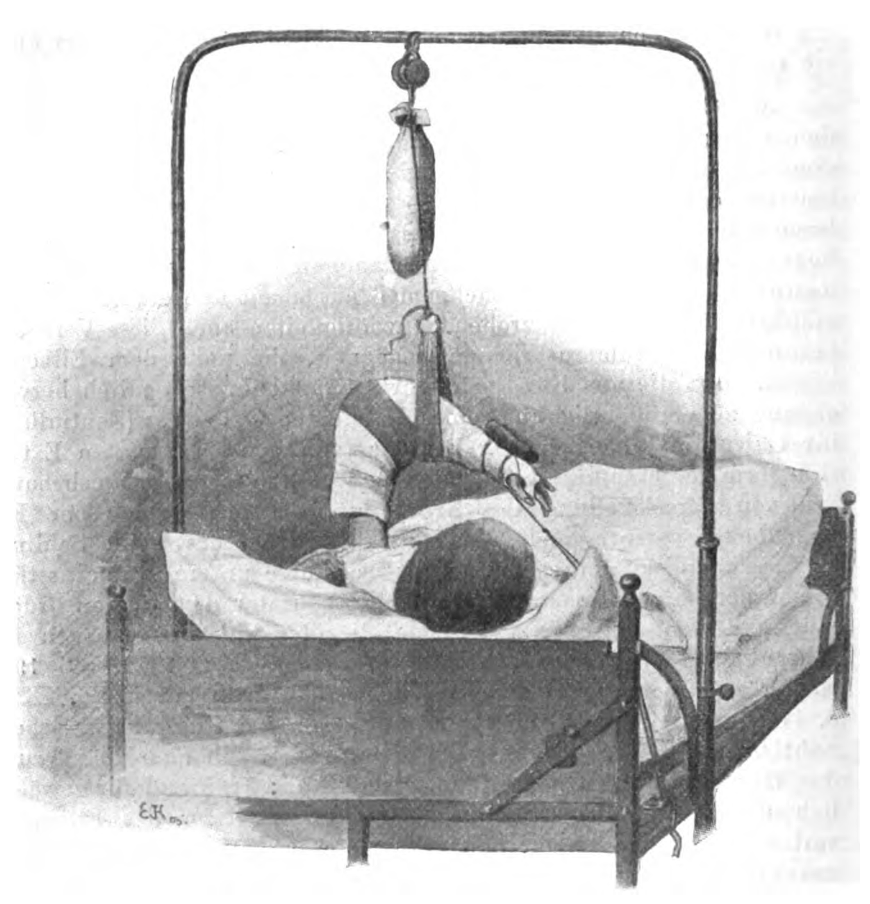
Am Oberarm können die festen Verbände nicht mit demselben Recht empfohlen werden, weil hier durch sie allein eine Bedingung nicht so sicher erfüllt werden kann, die man als unerläßlich für ihren guten Erfolg bezeichnen muß: die Fixierung der beiden Gelenke, oberhalb und unterhalb der Bruchstelle. An der Schulter gelingt die Fixierung des Oberarmkopfes im Gelenk nur in einer Stellung, nämlich dann, wenn man den Oberarm direkt an den Rumpf anlegt. Jede andere Stellung schon bei mäßiger Abduktion bietet, selbst wenn man das Middeldorpf'sche Triangel anwendet und zum Schluß den Verband mit Gipsbinden befestigt, nicht die Sicherheit, daß die Bruchenden bis zur Konsolidierung in der gewünschten Stellung verbleiben. Die Albers'sche Kragenschiene von Gips ist hier noch am zweckmäßigsten, aber eine sichere Feststellung des nach der Schulter zu gelegenen Bruchstückes gewährleistet auch sie nicht.

Am Oberarm genügen die rein feststellenden Verbände nur bei den leichten Brüchen ohne große Neigung zur Verschiebung, bei denen man auch auf die dauernde Fixierung verzichten und bald massieren kann. Bei den schweren Brüchen des Oberarmes aber, insbesondere denen in der Nähe des Schultergelenkes und des Ellbogengelenkes treten die Streckverbände in ihr Recht, die Bardenheuer bis in das kleinste sachgemäß ausgebaut und überlegt durchgeführt hat. Aber wie großen Schwierigkeiten auch diese Verbände bei manchen Humerusbrüchen begegnen, die nahe dem Ellbogen liegen, zeigt die aus Bardenheuer's Krankenhause neulich hervorgegangene Veröffentlichung seines Assistenten Grässner (Zentralblatt für Chirurgie 1903 p. 1201). Bei der typischen sogenannten Extensionsform der Fractura supracondylica versagt die Extensionsbehandlung in Streckstellung des Armes oft, das obere nach der Ellbogenbeuge vorspringende Bruchstück ist leicht durch die Schlinge zu fassen und zu redressieren, aber das kurze untere Humerusstück bleibt nach hinten disloziert und steht so hinter dem oberen Bruchstück, dessen Spitze später leicht die Beugung im Ellbogen beschränkt. Auch Körte erwähnt auf dem Chirurgenkongreß 1902 (s. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie Bd. XXXI p. 41) gerade diesen Bruchtypus und hält bei ihm die Knochennaht für angezeigt. — Grässner gibt nun für ihn eine Abänderung des Bardenheuer'schen Streckverbandes an: Während für gewöhnlich die Humerusfrakturen in gestreckter Stellung des Ellbogens verbunden werden sollen, hält er bei der beschriebenen Dislokation des kurzen distalen Bruchstückes nach hinten die Beugung des Vorderarmes für nötig und legt neben der Streckschleife für den Oberarm einen Heftpflasterstreifen um den Ellbogen nach dem Vorderarm, der das kurze distale Bruchstück nach der Ellbogenbeuge zieht, und als wichtigste Zugvorrichtung eine besondere Schleife an, die von innen die beiden Bruchfragmente umfassen muß und einen

Zug nach außen ausübt, ein Verfahren, das ganz zweckmäßig erscheint und in dem beschriebenen Falle Erfolg hatte.

Ob aber bei kleinen Kindern das kurze untere Bruchstück in die Schlinge zu fesseln sein wird und genügend Angriffspunkte bietet, möchte ich bezweifeln.

Ich ging in einem solchen Falle von Fract. supracondylica bei einem $7^{1}/_{2}$jährigen Kinde anders vor und erzielte ein vorzügliches Ergebnis, sowohl was die Stellung der Bruchenden als auch die Beweglichkeit des Ellbogengelenkes betrifft. Die Methode scheint mir wert, auch bei anderen Brüchen des Oberarmes empfohlen zu werden. Es handelte sich um die Form der sogenannten Extensionsfraktur mit außerordentlich starker Verschiebung des oberen Fragmentes nach der Ellbogenbeuge und Drehung des unteren distalen kurzen Endes nach außen und hinten.



In Chloroformnarkose wurden die Bruchenden durch Zug und Druck reponiert, und, während sie mittels Bindenzügeln in ihrer Lage festgehalten wurden, ein gut gepolsterter Gipsverband in Supinationsstellung des Vorderarmes von den Fingerknöcheln bis zum Oberarm angelegt, während der Ellbogen rechtwinklig gebeugt war. Die Röntgendurchleuchtung ergab, daß die Reposition nicht vollkommen gelungen war und die alte Verschiebung, wenn auch in geringerem

Maße, noch bestand. Jetzt wurde um den Gipsverband vom Ellbogen her ein breiter Heftpflasterstreifen gelegt, der sich in der Ellbeuge kreuzte und dann auf der dorsalen Seite des Vorderarmes zu einer Schlinge vereinigt wurde. Mittels dieser Schlinge wurde der eingegipste Arm bei dem liegenden Pat. erhoben, an einem senkrecht nach oben verlaufenden, von einem Sandsack beschwerten Zuge befestigt und so suspendiert.

Die Schwere des eingegipsten Vorderarmes extendierte den in der Ellbogenbeuge fixierten Oberarm schon für sich, ich verstärkte sie aber noch durch ein auf der Handgelenksgegend angebundenes Bleistück von 500 g. Der Sandsack, welcher die Suspension des Armes besorgte, wog $2^1/_2$ kg. Da der Arm sich freischwebend stark nach dem Fußende des Bettes zu drehte, befestigte ich ihn lose durch eine Schnur in der Weise, daß die Hand nach der gesunden Schulter zeigte.

Irgendwelche Beschwerden durch den Druck in der Ellbogenbeuge entstanden nicht und sind bei glatter Wattepolsterung in der schön anliegenden Gipsmulde auch nicht zu befürchten. Die Finger ließ ich das Kind systematisch bewegen, was es ohne jede Behinderung von Anfang an ausgiebig konnte.

Einen besonderen Wert lege ich auf den Umstand, daß neben der starken Streckung der Bruchstücke auf das proximale Ende ein redressierender Druck durch den Rand des Gipsverbandes ausgeübt wird, der infolgedessen nicht zu hoch nach der Schulter hin angelegt werden soll. Wenn sich der Vorderarm in der Suspension durch seine Schwere und durch das verstärkende Bleistück senkt, so berührt nämlich der innere Rand des oberen Endes des Gipsverbandes den Oberarm und drängt so das proximale Fragment nach außen, wie das Bild deutlich zeigt, während der äußere Rand des Gipsverbandes von der Haut absteht.

Ich würde diese »Äquilibriermethode« mit Hilfe des rechtwinklig eingegipsten Vorderarmes für alle schwereren Oberarmbrüche verwendbar halten, die man nicht ambulatorisch behandeln kann, und für ganz besonders geeignet bei offenen Brüchen des Humerus, also namentlich den Schußbrüchen, da der Gipsverband den Oberarm für den Wundverband fast ganz freilassen kann und nur soweit den Ellbogen zu umfassen braucht, daß ein Abrutschen des Verbandes bei der Suspension ausgeschlossen ist.

Das Prinzip dieses Schwebestreckverbandes ist: den rechtwinklig gebeugten Vorderarm als Gegengewicht wirken zu lassen gegen den Zug, den der liegende Körper am Oberarm ausübt, während der ganze Arm in der Schwebe gehalten wird durch die Suspension. Die Achse für diese Äquilibrierung wird festgestellt durch die Heftpflasterschlinge, die etwas unterhalb der Ellbeuge den Gipsverband umgreift, so daß der Drehpunkt etwa in der Gegend der Tuberositas radii liegt und die Ellbeuge vollständig entlastet ist. Der Gipsverband verteilt den Zug auf den ganzen Vorderarm und schützt mit seiner glatten Wattepolsterung die Weichteile gegen Druck, der in der Ellbeuge überhaupt nicht empfunden und auch nicht ausgeübt wird.

---

1) **v. Leyden** und **Klemperer.** Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. Lfg. 87—90.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903.

Aus den vorliegenden neuen Lieferungen möchten wir als unsere Leser besonders interessierend hervorheben die Vorlesung Witzel's »Chirurgische Hygiene, Aseptik und Antiseptik« und die v. Eiselsberg's über die heutige Behandlung der Knochenbrüche, knapp in Worten, reich in Abbildungen. In unser Gebiet fallen ferner die Vorlesungen aus dem Gebiete der Hautkrankheiten und Syphilis von Lassar, Scholtz, Buschke, v. Zeissl und Schaeffer. Von allgemeinstem Interesse ist Ziegler's Vortrag über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Entzündung. So manche wertvolle Abhandlung ist noch in Sicht.

Richter (Breslau).

---

2) **Eulenburg, Kolle** und **Weintraud.** Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden und ihre Anwendung auf die spezielle ärztliche Diagnostik. Bd. I. 2. Hälfte.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1904.

Der erste Teil der eben vorliegenden Fortsetzung des schon früher besprochenen Werkes enthält eine weitere Darstellung bakteriologischer Untersuchungsmethoden. Den Untersuchungsmethoden an den Bakterien des Urins und Harnröhrensekretes von W. Scholtz-Königsberg schließen sich an: Czaplewski, Die bakteriologische Untersuchung des Sputums; Kolle, Die bakteriologische Diagnostik des Blutes; Scholtz, Hautparasiten; Friedberger, Bakteriologische Diagnostik der Ergüsse der großen Körperhöhlen.

Trotz knapper Darstellung ist überall eine reiche Fülle von Material geboten, welche das Buch sehr wertvoll macht, ja vielleicht zum unentbehrlichen Nachschlagebuch in jedem Laboratorium stempelt. Das gleiche gilt vollkommen von dem folgenden Abschnitt über Röntgendiagnostik von Cowl. Die reiche Erfahrung des Verf. tritt überall zutage und verleiht der Darstellung ein persönliches Gepräge. Über den nächsten Abschnitt »Perkussion und Auskultation« von Hermann Vierordt zu referieren, steht einem Chirurgen schlecht an. Ich zweifle nicht, daß es sich auf der Höhe des ganzen Buches hält.

Tietze (Breslau).

---

3) **Bum.** Lexikon der physikalischen Therapie, Diätetik und Krankenpflege.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903.

Die soeben erschienene zweite Abteilung, umfassend die Buchstaben He bis Ner, bringt eine Reihe größerer, zum Teil vorzüglich geschriebener und ausführlicher Abhandlungen über Höhenklima, Höhenlufttherapie, hydroelektrische Bäder, Hydrotherapie, Inhalationstherapie, klimatische Kurorte, Massage in ihrer verschiedensten

Anwendung, Krankenbeschäftigung, Krankentransport, Lichtbäder, Mineralquellen usw. Die chirurgisch am meisten interessierenden Abhandlungen über Hydrotherapie und Massage z. B. behandeln bis in das kleinste die Technik, die Indikationen, so daß man nach dem Lesen derselben mit dem Gebiete völlig vertraut ist. Nicht für den Praktiker allein, sondern auch für den Spezialisten und Krankenhausarzt bringen die Abhandlungen eine Fülle des Wissenswerten. Gute Abbildungen sind dem Texte beigefügt. Das Lexikon hat, nach dem bis jetzt Erschienenen zu urteilen, das gesteckte Ziel in jeder Beziehung erreicht. Zur Orientierung und Belehrung auf dem nicht jedem bekannten Gebiete kann es auf das wärmste empfohlen werden. **Borchard** (Posen).

---

4) **R. J. Godlee.** Continuous local infection.

(Lancet 1903. Dezember 5.)

Es ist der Ursprung der sog. »kryptogenetisch« septischen Erkrankungen, den Verf. in der sehr interessanten Arbeit zum Gegenstand der Besprechung macht. Kleine, oft unbeachtete, oft kaum diagnostizierbare lokalisierte infektiöse Herde können durch fortgesetzt, wenn auch nur minimale Einschwemmungen infektiöser Stoffe in den Organismus schwere Krankheiten hervorrufen. Beim Entfernen der primären Uısache schwinden meist alle, auch die schwersten Symptome in unglaublich kurzer Zeit. Von der subakuten, meist kaum diagnostizierbaren Form der Appendicitis kommt Verf. auf die seiner Ansicht nach enorm wichtige Pyorrhoea alveolaris (Riggs disease) und Sepsis des Mundes zu sprechen, welcher er eine ausführliche Betrachtung widmet. Von den Krankheiten, die hier nachgewiesenermaßen ihren Ursprung hatten, werden angeführt: Septikopyämie, Purpura haemorrhagica, Neuritis toxica, septische Gastritis, Stomatitis, Pharyngitis, Tonsillitis, Endocarditis ulcerosa, perniciöse Anämie, chronische Dyspepsie, Bronchiektasie usw. Mit großem Recht wird sowohl für den Kranken wie für den aseptisch arbeitenden Chirurgen peinlichste Mundpflege empfohlen. Für alle Eiterungen, wenn auch noch so klein, soll gute Drainage geschaffen werden; langdauernde Resorption, wenn auch nur von kleinen Herden, erzeugt Amyloid, während bei selbst großen Herden, die gut drainiert sind, es oft nicht entsteht. Verf. bespricht dann die pulmonäre Osteoarthropathie, Pyämie, die meist von Bronchiektasen, auch wohl Empyemen ausgeht, die septische Osteoarthritis junger Frauen, ausgehend von chronischer Leukorrhöe, bei der vor allem diese Ursache zu behandeln ist. Tuberkulöse Drüsen sollen entfernt werden, nicht nur wegen der möglichen Allgemeininfektion mit Tuberkulose, sondern hauptsächlich wegen der inneren Sekretion kleiner infektiöser Stoffmengen in den Organismus. Verf. erwähnt weiter alte latente, scheinbar ruhende, osteomyelitische Herde, deren Bestehen für den Träger aus demselben Grunde eine stete Gefahr bedeutet.

*

Bei allen diesen Erkrankungen finden wir reichliche Beispiele und Krankengeschichten angeführt aus der ausgedehnten Erfahrung des Verf. und manchen wertvollen therapeutischen Ratschlag.

H. Ebbinghaus (London).

---

5) **J. Regnault.** Gangrènes et phlegmons gazeuse sans vibrion septique.

(Revue de chir. Année XXIII. Nr. 7.)

Die Ätiologie der Gasphlegmone ist keine einheitliche, und neben dem Bac. perfringens mit seiner schlechten prognostischen Bedeutung kommen sicher noch andere Mikroben in Betracht, die weit weniger pathogen sind. Das Vorhandensein einer Gasphlegmone an sich rechtfertigt daher noch nicht die Vornahme einer Amputation, so lange nicht kulturell der Bacillus perfringeus nachgewiesen ist. Es sind mehrere Fälle bekannt — Verf. teilt zwei eigene Beobachtungen mit —, wo tiefe Inzisionen und antiphlogistische Behandlung ausreichend waren zur Heilung. In einem der angeführten Fälle R.'s ist die genaue bakteriologische Untersuchung mitgeteilt: es wurde ein Dipplokokkus und ein Stäbchen gefunden, beides keine echten Anaëroben, keinesfalls Bac. perfringens. Es hätte bisher vielleicht manche Amputation wegen Gasphlegmone gespart werden können.

Christel (Metz).

---

6) **Thiriar.** De la méthode oxygénée dans les infections chirurgicales et spécialement dans les arthrites suppurées du genou.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de belgique 1903. Nr. 6.)

T. hat seit 1899 mehrfach in obigen Bulletins und in der »Clinique« über die Anwendung von Sauerstoff-Wasser und -Gas geschrieben; Barnich (1902), Herman (1902), Dufour (1903) schrieben über denselben Gegenstand. Gärtner (1902) machte an Hunden, Mariani (1902) bei einem tuberkulösen Menschen intravenöse Injektionen von Sauerstoff ohne üble Nebenerscheinungen. Seither hat T. die Behandlung mit Sauerstoff methodisch bei chirurgischen Infektionen aller Art ausprobiert. Besonders bei Vereiterungen des Kniegelenkes gelang es ihm, die Asepsis herzustellen und konservativ zu behandeln, wo ohne die Sauerstoffbehandlung zweifellos hätte amputiert werden müssen. Das Sauerstoffwasser dient zum Irrigieren, Auswaschen usw., das Gas zur dauernden Herstellung der Asepsis. Es soll permanent an und in die infizierten Teile geleitet werden und durchströmt mittels Gummischläuchen ununterbrochen die Verbandstoffe, Wunden, Körperhöhlen usw. Es ist in Ballons in komprimiertem Zustande vorrätig, sein Ausströmen wird in entsprechender Weise reguliert. Somit wäre T.'s Methode eine vervollkommnete Méthode d'aëration oder ventilation oder auch eine Art Occlusion pneumatique, wie dies seit Bouisson 1858 mehrfach angestrebt worden ist. Die Resultate T.'s sind aller Beachtung wert. Bei Phleg-

monen, Erysipelas, Gelenkvereiterungen, komplizierter Frakturen, Anthrax, Furunkeln, Infektionen der serösen Häute ist die Behandlung besonders indiziert. E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

7) **M. Schüller.** Was kann der Arzt Karzinomrezidiven gegenüber tun?

(Die ärztliche Praxis 1903. p. 241.)

Ohne auf Einzelheiten einzugehen, gibt Verf. eine kurze Übersicht über die Mittel, bei deren Anwendung er gelegentlich Besserungen von Karzinomrezidiven gesehen hat und die er deshalb eines Versuches für wert hält in Fällen, die inoperabel sind oder deren operative Behandlung an der Messerscheu der Pat. scheitert. Diese Mittel sind die lokale Anwendung der Kälte durch mehrmals täglich wiederholte Ätherisierung, die vorsichtige Bestrahlung mit mittelharten Röntgenröhren, Einreibungen mit Europhenöl, Injektionen von absolutem Alkohol mit oder ohne Zusatz von Europhen, Schwefelkohlenstoff usw. und für ulzerierte Geschwülste Verbände mit Formalin. Daß bei allen diesen Mitteln die Einwirkung auf angebliche Karzinomparasiten eine große Rolle spielen soll, bedarf bei den bekannten Anschauungen des Verf. über die Karzinomätiologie kaum der Erwähnung. M. v. Brunn (Tübingen).

---

8) **A. D. Waller.** The administration of chloroform to man and to higher animals.

(Lancet 1903. November 28.)

Verf. bringt seine Versuchstiere in eine Atmosphäre von Luft, die mit einer bestimmten Menge von Chloroformdämpfen erfüllt ist, und vermag darin die Tiere bis zu 12 Stunden in völliger Anästhesie zu erhalten.

Er benutzt dazu die Pumpe von Dubois (Lyon): beim Einpumpen von Luft in den Raum, in welchem das Tier atmet, wird das Chloroform jedesmal mit eingesogen, und zwar bei jeder Pumpenbewegung in $4^1/_2$ Liter Luft 90 ccm Chloroformdampf = 0,3 ccm Chloroform. So kann Verf. die Inspirationsluft mit 2% Chloroformdämpfen erfüllt halten, ein Prozentsatz, der sich natürlich nach oben sowohl, wie nach unten variieren läßt. Mit Hilfe eines Densimeters läßt sich der Gehalt jederzeit bestimmen. Durch Vergleiche der Versuche an Hunden, Katzen, Kaninchen, Tauben, Fröschen ergibt sich, daß sich die Resultate auch sehr wohl für den Menschen verwerten lassen, und Verf. hat dieses auch direkt gezeigt. Die Gefahren der Chloroformnarkose bestehen nach Verf. nicht in erster Linie für den Menschen in dessen im Verhältnis zu dem Tiere höherem seelischen Empfinden (Aufregung, Angst); nicht in erster Linie in »Idiosynkrasie« oder unreinem Chloroform — zunächst und vor allem ist es die Dosierung und die Dichtigkeit des eingeatmeten Chloroformgemisches. Die Methode der Chloroformierung ist die

sicherste, bei welcher der Pat. ununterbrochen eine Mischung von Chloroform und Luft einatmet, die nicht weniger als 1% und nicht mehr als 2% Chloroformdampf enthält. — Eine Anzahl beachtenswerter Tabellen und Zeichnungen sind der Arbeit beigefügt.

H. Ebbinghaus (London).

9) **L. Ombrédanne.** L'anesthésie générale dans les operations pratiquées sur la face.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 109.)

Für Operationen am Gesicht und vorderen Teil des Schädels wird folgende Einrichtung lebhaft empfohlen.

Zwischen Lippen und Zahnreihe der Pat. wird eine 3 mm starke Platte aus weichem Gummi geschoben. Sie ist länglich, an den Enden abgerundet und trägt in der Mitte, wo sie durchlöchert ist, ein rechtwinklig geknicktes Metallrohr. Das Rohr ist durch einen Schlauch mit dem Schnabel eines kannenartigen Gefäßes verbunden, in dem ein mit Äther getränkter großer Schwamm liegt. Durch Heben des durchlöcherten Deckels können die Ätherdämpfe beliebig mit Luft gemischt werden.

Wichtig ist noch, daß vor Anwendung des »Obturators« beide Nasenlöcher tamponiert werden.

Der Narkotiseur hält mit einer Hand den Obturator, mit der anderen schiebt er den Unterkiefer des Pat. vor und bedient die Kanne.

V. E. Mertens (Breslau).

10) **Van Gehuchten.** Le traitement chirurgical de la névralgie trifaciale.

(Bull. de l'acad. roy de méd. de belgique 1903. August.)

Auf Grund zahlreicher Experimente an Tieren, vielfacher Befunde an menschlichen Gehirnen und eingehender Literaturstudien kommt G. zu dem Resultat, daß weder die Neurotomie, noch die Neurektomie, noch die Nervendehnung zu empfehlen, die Resektion des Ganglion Gasseri aber gefährlich ist: Krause hatte 22% Mortalität, eine weitere Statistik über 130 Fälle ergab 15%, einige Operierte erblindeten auf dem Auge der operierten Seite. Die Krause'sche Operation ist überhaupt zu verwerfen. Wenn man, nach Erschöpfung aller anderen Mittel, seine Zuflucht zur Schädeleröffnung nehmen muß, so suche man die sensitive Wurzel zentralwärts vom Ganglion auf, isoliere und durchschneide sie. Dann bekommt man Atrophie der bulbospinalen Zentren des fünften Hirnnerven und sicher ebensogut Heilung, als nach der viel gefährlicheren Resektion des Ganglion, welche übrigens wegen der Blutungsgefahr meist nur unvollkommen ausgeführt wurde und dann Neuralgie — Rezidive — ergab. Bevor man zur Schädeleröffnung schreitet, soll alles andere versucht werden, namentlich die brüske Herausreißung der Nervenäste, nachdem man sie möglichst nahe am Schädel bloßgelegt hat. Sie hat eine hoch-

gradige Atrophie der Zellen im Ganglion Gasseri und in der sensitiven Wurzel, bis selbst zu den bulbospinalen Zentren zur Folge, ist deshalb ziemlich sicher in der Wirkung und ungefährlich. Augenerblindungen kommen dabei nicht vor. Zahlreiche Abbildungen und die Litteratur müssen im Original eingesehen werden. Blum (September 1881) führte zuerst die brüske Ausreißung am Nerv. infraorbit. aus.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

11) **A. Hirschmann.** Über Endoskopie der Nase und deren Nebenhöhlen.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIV. p. 195.)

Verf. hat das Nitze'sche Cystoskop dazu verwandt, die Kieferhöhle vom Bohrloch der Zahnalveole aus zu beobachten; auch führte er das Instrument in den mittleren Nasengang ein.

Manasse (Straßburg i. E.).

---

12) **J. Kikuchi.** Der histologische Bau der Knochenblasen in der Nase nebst Bemerkungen über Wachstum und Entstehung derselben.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIV. p. 308.)

Für die Entstehung der Knochenblasen in der mittleren Muschel gibt es drei Hypothesen: 1) dadurch, daß infolge eines entzündlichen Prozesses zunächst eine myxomatöse Degeneration eintritt, daß dann das myxomatöse Gewebe schrumpft und so aus der Muschel eine Blase entsteht. 2) Der freie Rand der Muschel soll durch entzündlichen Wachstumprozeß nach lateralwärts und nach oben wachsen, so daß eine Höhle entsteht, die mit dem mittleren Nasengang kommuniziert. 3) Die Knochenblase stellt eine kongenital verbildete Siebbeinzelle dar. — Verf. hat zur Entscheidung dieser Frage 15 Knochenblasen untersucht, teils vom Lebenden, teils von der Leiche, und gibt uns ein genaues makroskopisches und mikroskopisches Bild von dieser Erkrankung. — Die erste Hypothese über die Entstehung der Knochenblasen lehnt Verf. von vornherein ab, weil die Blase stets mit Schleimhaut ausgekleidet sei. Die zweite (Einrollungshypothese) hält er für unwahrscheinlich, weil das am freien Rande der normalen mittleren Muschel gefundene Sehnengewebe niemals an der lateralen Wand der von ihm untersuchten Blasen angetroffen wurde. Dagegen spricht nichts gegen die Annahme, daß die dritte Theorie richtig ist; Verf. konnte sogar eine auffallende Übereinstimmung im histologischen Bau der Blasenschleimhaut mit demjenigen der Siebbeinzellenauskleidung feststellen. Durch Untersuchungen an sechs Föten ließ sich diese Hypothese allerdings nicht stützen, da keine Blasen in der mittleren Muschel gefunden wurden. — Der letzte Teil der Arbeit beschäftigt sich mit den Wachstumerscheinungen der Knochenblase.

Manasse (Straßburg i. E.).

---

13) **S. F. v. Stein.** Zur Technik der Eröffnung der Oberkieferhöhle.

(Die Chirurgie 1903. Oktober. [Russisch.])

v. S. studierte die Anatomie der Kieferhöhle und die Ursachen des Mißerfolges der Operation. Er stellt folgende Sätze auf: am leichtesten gelangt man in die Kieferhöhle von der Alveole des zweiten Molars aus. Beim ersten Molar und bei den Prämolaren kommen verschiedene Zufälligkeiten vor. Nicht immer ist es rationell, sich an die Achse der Alveole zu halten. Der Weg durch die Gaumenalveole darf nur in Ausnahmefällen beschritten werden.

Darauf schildert v. S. die Operationsmethode, sowie seine Instrumente. Die Arbeit ist durch zahlreiche Abbildungen illustriert.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

14) **Mériel.** Anomalies de l'artère linguale au point de vue opératoire.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris 1903. Nr. 7.)

Nach einer Reihe von Beobachtungen im Übungskurs an Leichen ist die Aufsuchung der Art. lingualis im sog. Pirogoff'schen Dreieck unsicher, da der Abstand der Biventersehne vom Os hyoid. bis zu 4 cm betragen kann. Man sollte daher diese Unterbindungsmethode verlassen zugunsten der im sogen. Béclard'schen Dreieck, wo sie nahe am Zungenbeinhorn verläuft. Das sicherste ist vielleicht, sie direkt am Abgang von der Carotis aufzusuchen, was leicht gelingt.

Christel (Metz).

---

15) **A. Fraenkel.** Spezielle Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1904. 980 S. 59 Abild. u. 12 farb. Tafeln.

Gestützt auf die reichen Erfahrungen einer langjährigen Tätigkeit am Urbankrankenhaus in Berlin gibt uns Verf. in vorliegendem Werke eine mustergültige Darstellung des Bekannten und Wissenswerten auf dem Gebiet. Mit besonderer Ausführlichkeit sind die Kapitel Lungentuberkulose und Pneumonie mit deren Komplikationen behandelt, überall in anregender, lebhafter Sprache und klarer Darstellung.

Die Fortschritte der letzten Jahrzehnte haben die Chirurgie im Gebiet der Lungenkrankheiten einen ausgedehnten Wirkungskreis finden lassen, und dementsprechend enthält das vorliegende Werk wenige Kapitel, die nicht den Chirurgen speziell interessieren.

Die Verengerungen der Luftröhre durch Strumen, Geschwülste, Thymushyperplasie, das Kapitel Bronchostenose durch Fremdkörper gehört fast ausschließlich dem Chirurgen, und die ausführlichen Beschreibungen über Bronchoskopie und Skiagraphie, sowie die Indikationsstellung für Tracheotomie und Pneumotomie sind überaus klar und lehrreich.

In der Frage, wieweit die Bronchiektasie einer chirurgischen Behandlung zugänglich, steht F. auf dem Standpunkt der Führer in der Lungenchirurgie: Quincke und Garrè, Tuffier, Lenhartz. Die Ursache der bisher unbefriedigenden Resultate ist einerseits in der Art der Erkrankung, andererseits in der Schwierigkeit der Diagnose gelegen, welche vielfach im Unklaren darüber bleibt, ob diffuse Bronchiektasien oder eine einfache größere Höhle vorliegt. Nur wo letzteres der Fall oder wenigstens wahrscheinlich, wird man an eine Pneumotomie herangehen. Jedenfalls aber ist die Probepunktion nur mit größter Vorsicht heranzuziehen resp. zu unterlassen.

Das Kapitel der Pneumonie ist namentlich in bezug auf deren Komplikationen von Interesse. Die Abszedierung, die Gangrän, Empyem, eitrige Mediastinitis, Meningitis, Otitis und die Gelenkaffektionen können den chirurgischen Eingriff erforderlich machen, und daß Messer und Thermokauter auf dem Gebiet der Lungenerkrankungen noch manche Triumphe feiern werden, beweist der Abschnitt XV, der ausführlich über Lungenabszeß und Lungenbrand handelt. Bei der Schwierigkeit der Lokaldiagnose eines Lungenherdes, der einer chirurgischen Behandlung zugänglich, ist jeder Fortschritt in dieser Richtung freudig zu begrüßen. Verf. behandelt neben Ätiologie und pathologischer Anatomie gerade die Symptomatologie, Diagnose und Indikationsstellung sehr genau, und wir finden ausführlich die Anschauungen wieder, welche, als im Urbankrankenhause maßgebende, uns aus den Arbeiten von Riegner (Deutsche med. Wochenschrift 1902 Nr. 29) und Borchert (v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII Heft 2) bekannt sind. Mit Rücksicht auf die Erfahrung, daß eine Reihe metapneumonischer Lungenabszesse ohne chirurgischen Eingriff heilt, kommt nach F. die operative Behandlung des akuten Abszesses vor allem unter folgenden Bedingungen in Betracht: 1) Wenn die Abszeßhöhle so groß ist, daß eine spontane Verkleinerung ausgeschlossen und Gefahr der Sekretstauung besteht. 2) Wenn der Abszeß in die Pleura durchgebrochen ist. 3) Wenn es sich um einen, aus der Umgebung sekundär entstandenen Abszeß handelt (z. B. vom subphrenischen Abszeß).

Dringender stellt Verf. die Indikation bei der akuten Lungengangrän, bei der er immer operiert wissen will, sofern gewisse für das Gelingen und den weiteren glücklichen Verlauf der Operation nötige Vorbedingungen erfüllt sind. Solche sind: daß entweder solitäre Höhlenbildung in der Lunge vorliegt, oder — falls mehrere Kavernen vorhanden — diese nicht über größere Lungenabschnitte verstreut sind. Ferner muß der Sitz der Höhlen bestimmbar sein, endlich dürfen sie nicht zu weit von der Oberfläche entfernt liegen. F. hat, was interessant ist, in einigen Fällen seine Diagnose durch das Röntgenbild bestätigt gefunden.

Der chronische Abszeß sowie die chronische Gangrän verhalten sich sowohl bezüglich der Auswahlsmöglichkeit geeigneter

operativer Fälle, als auch hinsichtlich der Prognose wesentlich ungünstiger als die akuten. Solches lehrt die Statistik. Die von F. angeführte Zusammenstellung Freyhan's ergibt, daß von 30 operierten Fällen einseitiger akuter Lungenabszesse 27 vollkommen, einer mit Fistel geheilt und 2 der Operation erlegen sind. Bei chronischen Abszessen starben von 7 Operierten 5; ein bedeutender Gegensatz! Bei der akuten Gangrän sind die Zahlen nicht so günstig wie beim Abszeß; von 26 Fällen gingen 8 zugrunde. Ganz ungünstig ist das Resultat bei der chronischen Gangrän.

Die Technik der Pneumotomie schildert Verf. nur ganz kurz, die Einzelheiten den Lehrbüchern und Monographien (Quincke, Tuffier, Garrè) überlassend.

Auch die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose behandelt Verf. ganz kurz. Im Sinne Quincke's, Bier's u. a. stellt er die Indikation nur für solche Fälle, in denen es sich bei Blutung oder sehr erheblicher Sekretion (putride Zersetzungsvorgänge) um oberflächlich gelegene, sicher als solitär zu bezeichnende Kavernen handelt, wobei als Vorbedingung angenommen ist, daß die übrige Lunge entweder frei von tuberkulösen Veränderungen ist oder zum mindesten kein fortschreitender Prozeß besteht. Gewiß ein selten vorkommendes Zusammentreffen!

Am Schlusse des Werkes begegnen wir noch der Lungenaktinomykose, dem Lungenechinokokkus und den Lungengeschwülsten.

Der Strahlenpilz befällt die Lunge in etwa 12—15% aller aktinomykotischen Erkrankungen. Die Schwierigkeit der Diagnose ist wohl der Grund, warum die Zahl der bekannt gewordenen Heilungen eine verschwindend kleine ist. Die Ergebnisse einer physikalischen Untersuchung sind zu unbestimmt, und bis zu den letzten Stadien liegt die Möglichkeit einer Verwechslung mit Empyem, Rippenkaries mit Abszeß vor, sofern nicht eine Probepunktion die Anwesenheit von Pilzbestandteilen verrät. Niemals soll die mikroskopische Untersuchung des Auswurfes unterlassen werden. Therapeutisch kommt außer dem Jodkalium, das versuchsweise angewendet werden könnte, nur der chirurgische Eingriff in Frage, dessen günstigster Zeitpunkt nach Karewski eingetreten, wenn die ersten Thoraxwanderkrankungen sich zeigen. Sind aber bereits spontane Durchbrüche erfolgt, so ist wohl der Zeitpunkt eines erfolgreichen operativen Eingriffes vorüber.

Der Echinokokkus findet sich in den Lungen in 7—12% (Leber 48—70%) der fraglichen Erkrankung, unter denen der primäre Blasenwurm der häufigere ist. F. unterscheidet mit der französischen Schule (Dieulafoy) drei Stadien: 1) das der Hämoptyse, 2) das Auftreten einer Dämpfung, deren obere Begrenzungslinie einen konvexen Bogen bildet — oft mit sichtbarer Auftreibung der betreffenden Thoraxwand. 3) Der Durchbruch in die Bronchen oder den Pleurasack.

Die Diagnose wird nur durch ein Erkennungszeichen erhärtet, das ist der Nachweis von Häkchen oder Membranen, sei es im Auswurf, sei es in der Punktionsflüssigkeit. Die schwerwiegenden Bedenken gegen eine Punktion sind bekannt; ist doch so mancher Fall mit tödlichem Ausgang im Anschluß an eine Punktion beobachtet. In jedem Falle sind die Vorbereitungen so zu treffen, daß bei geringstem Verdacht auf Echinokokkus die Radikaloperation angeschlossen werden kann. Auch beim Echinokokkus scheint sich uns die Perspektive zu öffnen, daß die Röntgentechnik uns zum Bundesgenossen wird. Die Operationsresultate sind recht gute. F. konnte 90% Heilungen wiedergeben.

Anders' bei den im letzten Kapitel behandelten Lungengeschwülsten. Die Symptomatik und Komplikationen sind zu ausführlich für eine Wiedergabe geschildert. Wegen der absolut ungünstigen Vorhersage hält auch Verf. dafür, und wohl mit Recht, daß kein besonnener Arzt zum operativen Eingriff raten wird.

Das vorliegende Werk ist unbedingt eine wertvolle Bereicherung der Bibliothek des Chirurgen, und es sei nicht nur als Nachschlagewerk, sondern auch als zusammenhängende interessante Lektüre angelegentlichst empfohlen. Zahlreiche, zum Teil farbige Abbildungen vervollständigen das lehrreiche Buch.

Oettingen (Steglitz).

---

16) **Durand.** Contribution à l'étude des deformations et mutilations consécutives à la tuberculose osseuse des extrémités.

Thesè de Paris, **G. Steinheil,** 1903. 4 Abbild. 7 Taf.

D. hat in seiner These vorzugsweise die Verstümmelungen der Hände und der Finger zum Gegenstand seiner Betrachtungen gemacht. Die Störungen, zu denen die Knochentuberkulose Anlaß gibt, sind zum Teil auf trophische Reize zurückzuführen und äußern sich bald in Verlängerungen, bald in Verkürzungen, bald in Verdickungen der einzelnen Phalangen; häufig üben diese trophischen Reize sogar eine Art Fernwirkung aus, insofern als diese Veränderungen auch an benachbarten, nicht direkt an Tuberkulose erkrankt gewesenen Knochen auftreten. Ankylosen, Verrenkungen und fehlerhafte Stellungen sind die Folgen von direkten Gelenkverrenkungen. Die schwersten Verstümmelungen werden durch die Substanzverluste nekrotisierter und sequestrierter Knochenpartien veranlaßt. Differentialdiagnostisch kommen im wesentlichen Lues und Lepra in Betracht.

Deutschländer (Hamburg).

---

17) **S. Stiassny.** Ein Beitrag zur Quadricepsplastik.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 39.)

B. hat an Kaninchen den durch Längsschnitt freigelegten Quadriceps hart am Knie durchschnitten und die nächstgelegenen Muskelgruppen nach Ablösung von ihren Insertionspunkten von der Außen- und Innenseite des Oberschenkels mit dem oberen Knie-

scheibenrande vernäht, sodann auch noch den retrahierten Quadriceps mit ihnen durch einige Fixationsnähte verbunden. Die erhaltenen Erfolge waren sehr günstig; die Tiere konnten nach 4 Wochen das Bein wieder in ganz normaler Weise gebrauchen; die Sektion ergab die vollkommene Erhaltung des operativ erzielten Resultats. — S. glaubt deshalb, daß das Verfahren bei veralteten Kniescheibenbrüchen am Menschen von Wert sein könne. **Kramer** (Glogau).

---

18) **Gerster** (New York). The modern treatment of the acute supurations of the knee-joint.

(Med. news 1903. September 19.)

Die Arbeit gipfelt in einer warmen Befürwortung der Mayoschen Schnittführung zur Eröffnung des Gelenkes bei schweren Eiterungen: transversaler Schnitt von Condylus zu Condylus, dicht oberhalb der Patella. Noch übersichtlicher wird das Gelenk mit allen seinen Buchten, wenn man nach Ollier die Ligamenta cruciata exstirpiert. Während der Nachbehandlung wird, so lange die Sekretion stark ist, das Bein dauernd in 45°iger Beugestellung gehalten.

Kleinschmidt (Kassel).

Kleinere Mitteilungen.

19) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

134. Sitzung am 9. November 1903.

Vorsitzender: Exz. v. Bergmann.

1) Herr Borchardt: Schußverletzung des Pankreas.

B. stellt eine Pat. vor, die sich einen Revolverschuß in die Gegend der Herzgrube beigebracht hatte. Bei der Aufnahme bestanden Blässe der Haut, voller, regelmäßiger, nicht beschleunigter Puls, außerdem unbestimmte Symptome, die auf einen Pneumothorax links hinzudeuten schienen. Nach Verlauf einer Stunde waren Blässe der Haut und Puls unverändert, doch war das Abdomen etwas empfindlich geworden und zweimaliges Erbrechen schleimiger Massen eingetreten. Deshalb Laparotomie, in der Annahme einer penetrierenden Verletzung $4^1/_2$ Stunden nach derselben.

Die Kugel war durch den linken Leberlappen gegangen und hatte Gefäße des Lig. hepato-gastricum verletzt. Nach Hochklappen des Querkolon erfolgte starke Blutung aus den Vasa lienalia, welche nur durch Massenumstechung zu stillen war. Dann zeigte sich ein Loch im Pankreasschwanz. Nach dessen Umstechung wurde das ganze Pankreas mit Gaze umgeben und auch im übrigen ausgiebige Tamponade angewandt. Die Rekonvaleszenz war sehr verzögert durch das Auftreten einer Leberfistel und eines subphrenischen Abszesses. Außerdem stießen sich nekrotische Teile vom Pankreas ab. Die Milz wurde nicht nekrotisch infolge der Blutversorgung aus den Gefäßen des Magens.

Es existieren in der Literatur Mitteilungen über 15 Fälle von Pankreasschußverletzung. Dieselbe ist eine lebensgefährliche, einmal wegen der versteckten Lage des Organs, die es bedingt, daß isolierte Verletzungen desselben kaum vorkommen. Dann beruht die schlechte Prognose in der Eigenart des Organs, durch Diffusion der fettspaltenden Enzyme Nekrosen oft ausgedehnter Art zu erzeugen

Der Weg der Kugel bei Pankreasverletzung geht entweder durch das Lig. hepatogastricum oder den Magen.

Beim Verdacht einer penetrierenden Bauchverletzung soll man die Wunde erweitern und nachsehen. Bei der dann eventuell notwendigen Laparotomie muß man auch auf das Pankreas achten und bei Verletzung desselben durch ausgiebigste Tamponade das Ausfließen des Nekrose erzeugenden Pankreassaftes verhindern.

2) Herr Kolle (als Gast): Über die Agglutination von Staphylokokken.

Bei dem Vorhandensein so vieler ähnlicher Bakterienarten ist es unmöglich, z. B. Cholera-, Typhus-, Diphtherie- oder Tuberkelbazillen auf dem Wege einfacher Färbung oder Züchtung mit Sicherheit zu erkennen. Auch der Tierversuch und die aktive Immunisierung lassen oft im Stiche. Deshalb hat man versucht, mit Stoffwechselprodukten der Bakterien (Antitoxin, Bakteriolysin, Agglutinin) und deren Wirkung auf dieselben eine Identifizierung zu ermöglichen. In gleicher Weise schwierig ist die Unterscheidung pathogener und nicht pathogener Arten des Staphylokokkus, besonders da derselbe ubiquitär ist und auch die Farbstoffbildung einzelner Arten unter Umständen (Wachstum unter Öl, Tierpassage) völlig ausbleiben kann und umgekehrt. Deshalb hat K. versucht, auf dem Wege der Agglutination eine Unterscheidung zu ermöglichen. Durch Vorbehandlung von Kaninchen mit abgetöteten Kulturen von Staphylokokken gelang es leicht, in dem Serum der Tiere Stoffe zu erzeugen, die Kulturen von Staphylokokken zur Häufchenbildung bringen. Durch Mischung stets gleicher Mengen 24stündiger frischer Kulturen mit 1 ccm der verschiedensten Verdünnungen der gewonnenen Sera bis 1 : 1000 wurde nun das Phänomen der Agglutination bei ca. 50 Stämmen pathogener und 20 anderer saprophytischer Kokken studiert. Einen positiven Ausfall der Reaktion gaben nur pathogene Arten, und zwar die meisten derselben; er ist also in jedem Falle beweisend für Pathogenität der betreffenden Kultur. Bei negativem Ausfall müssen noch andere Hilfsmittel zur Feststellung event. Pathogenität von Staphylokokken herangezogen werden. Hämolysin und Leukocidinwirkung trat nur bei den Stämmen ein, die auch agglutiniert wurden. Spezifische Schutzstoffe haben sich bei den Untersuchungen nicht ergeben; denn auch bei den über ein Jahr lang vorbehandelten Tieren fanden sich zwar Hämolysine usw., aber keine Antitoxine oder Bakteriolysine.

3) Herr Bockenheimer berichtet im Anschluß hieran über Agglutinationsversuche, die er mit 15 Stämmen von Staphylokokken (11 pathogene, 4 saprophytische) gegenüber ihrem Verhalten zu 8 verschiedenen Sera angestellt hat. Er fand dabei:

Sämtliche Stämme wurden nicht agglutiniert durch normales Serum. Die Luftkokken wurden nicht agglutiniert durch Sera pathogener Arten und umgekehrt.

Manche pathogene Kokken verhielten sich negativ manchen pathogenen Sera gegenüber.

Eines von den pathogenen Sera ist imstande, den homologen und auch einige andere Kokken zu agglutinieren. Saprophytische Keime können durch Sera homologer Arten agglutiniert werden, brauchen aber selbst keine Agglutinine zu erzeugen.

Um eine therapeutische Wirkung zu erzielen, müßte man polyvalente Sera herstellen.

4) Herr Engelmann: Über den Bau und die Entstehung der Sakraltumoren.

An der Hand mikroskopischer Bilder von vier Sakraltumoren, die E. untersucht hat, bespricht er den Bau und die immer noch nicht endgültig gelöste Frage der Entstehung dieser interessanten Geschwülste. Sie sind meist cystisch, haben einen fibrösen Grundstock und enthalten Bestandteile aller drei Keimblätter. Wegen ihres oft reichen Gehaltes an Neuroglia und Ganglienzellen hat man sie auch Neuro-

epitheliome genannt und sie von der Medullaranlage abgeleitet. Diese Ansicht hält E. bei dem größeren Teile der Geschwülste für die richtige. Die Neuroglia bildet die Matrix, in welche Teile der an dieser Stelle dicht beieinanderliegenden drei Keimblätter eingesprengt sind (monogerminale Sakraltumoren).

Der bigerminale Ursprung muß reserviert werden für diejenigen Tumoren, die größere Teile eines zweiten Individuums enthalten.

5) Herr Lexer: Myosarkom der Blase.

L. stellt einen 59jährigen Mann vor, der mehrere Monate vor seiner Aufnahme in die Klinik an unbestimmten Schmerzen im Leibe, Blasen- und Stuhlbeschwerden gelitten hatte. Die ganze Unterbauchgegend wurde bei ihm eingenommen von einem hinter der Blase gelegenen, mit der Prostata nicht in Verbindung stehenden, etwas verschieblichen Tumor. Es wurde Myom mit unbestimmtem Ausgangspunkt angenommen. Bei der Laparotomie zeigte sich der Tumor mit einem breiten Stiel mit der rechten Blasenseite in Verbindung stehend. Bei der Lospräparierung entstand ein handtellergroßer Defekt der Blase, der primär genäht wurde. Bildung eines gewissen Abschlusses durch Herunterziehen des Netzes und Einlegen eines Tampons zwischen dieses und die Blasennaht. Am 10. Tage entstand eine kleine Blasenfistel, die spontan heilte. Der Tumor war kindskopfgroß und zeigte mikroskopisch das Bild eines Myosarkoms.

6) L. demonstriert das Präparat eines $^3/_4$ Jahr lang getragenen Paraffinhodens. Derselbe machte wegen seiner knolligen Beschaffenheit und starker Verdickung des Samenstranges bis zum Leistenkanal den Eindruck einer malignen Neubildung. Das Paraffin ist in Form größerer oder kleinerer Kugeln mit teilweise exquisiter Schichtung in das Gewebe eingelagert.

7) L. spricht im Anschluß an eine Demonstration eines Kindes mit Gesichtsplastik über Plastik mit ungestielten Hautlappen, welche Methode er mehrmals mit ausgezeichnetem Erfolg angewandt hat, um große Defekte besonders im Gesicht zu decken; sie gibt viel bessere kosmetische Resultate wie die Thiersch'sche Methode. Man kann etwas Fettgewebe mitnehmen, besonders am Auge, um Ektropium zu vermeiden. Bedingung ist möglichste Schonung des Lappens, sehr aseptische Operation und exakteste Blutstillung, die sich sehr gut ausführen läßt durch Kompression mit einem in Wasserstoffsuperoxyd getauchten Tupfer.

8) Herr Franz: Vorstellung eines künstlich erzeugten Aneurysma arterio-venosum.

Nach mehreren erfolglosen Versuchen, mittels Verletzung von Arterie und Vene nach Anlegen von Klammern und Drains ein typisches Aneurysma zu erzeugen, gelang dies auf folgende Weise:

Nach provisorischer Abklemmung wurden Arteria und Vena femoralis bei einem Hunde durch exakte Naht nach Anlegen eines elliptischen Loches miteinander vereinigt. Klinisch konnte man Schwirren und Geräusch vernehmen. Zur Ausbildung eines Tumors kam es beim ersten Hunde nicht, da er nach 8 Tagen an einer Phlegmone starb. Ein zweiter Hund wird gezeigt, bei dem nach dem gleichen Vorgehen ein typisches Aneurysma entstanden ist. Bei Tieren gelangt das Aneurysma gewöhnlich durch einen thrombophlebitischen Prozeß des peripheren oder zentralen Venenendes mit nachfolgendem Verschluß zur Heilung.

9) Herr Freudenberg demonstriert die Präparate eines später an den Folgen einer Litholapaxie gestorbenen Mannes, bei dem er 10 Monate vorher eine erfolgreiche Bottini'sche Operation ausgeführt hatte. Die vier tief durch die Lappen der Prostata geführten Schnitte sind nicht abgeflacht, nur an zwei Stellen haben sich zarte Verklebungen gebildet. Im Gegensatz hierzu sind bei einem Falle von Carcinoma prostatae, bei dem ebenfalls 14 Monate vor dem Tode nach Bottini operiert wurde, die Schnittfurchen völlig unsichtbar geworden.

10) Herr v. Bergmann: Eine Prothese nach doppelseitiger partieller Oberkieferresektion.

Bei dem vorgestellten älteren Pat. wurde wegen eines Myxosarkoms beider Proc. palatini, das in die Highmorshöhle durchgebrochen, der ganze Proc. alveo-

laris, Proc. palatinus und der weiche Gaumen entfernt. Die nach Gipsabdrücken hergestellte Prothese ermöglicht ein den Umständen nach ausgezeichnet deutliches Sprechen des Pat., der seinen Beruf voll und ganz ausfüllen kann.

11) v. B. stellt einen jungen Mann mit Leontiasis faciei ossea vor. Der Krankheitsprozeß begann am Proc. alveolaris des Oberkiefers, ging auf den Proc. palatinus und den Unterkiefer über und verschließt so immer mehr und mehr die Mundhöhle.

12) v. B. demonstriert ein plexiformes Neurom am Hinterkopf und Hals eines kleinen Kindes. Der Tumor liegt genau im Verbreitungsbezirk des Nerven und zeigt die typisch gewundene Beschaffenheit. In diesen Neuromen findet neben der fibromatösen Wucherung der Nervenscheiden sicher auch Neubildung echter Nervenfasern statt.

13) Herr Lexer: Sarkom des Humerus.

L. stellt einen jungen Menschen vor, bei dem er wegen eines Sarkoms am Oberarme nach vorhergehender Unterbindung der Arteria und Vena subclav. den Schultergürtel reseziert hat. Die thrombosierte Subclavia wurde bis zur Jugularis verfolgt, doch konnte der übrigens keine Geschwulstmassen enthaltende Thrombus nicht vollständig entfernt werden. Demonstration des Tumors. Im Anschluß hieran zeigt L. als Ergänzung seiner Demonstration auf dem letzten Chirurgenkongreß eine Reihe von Röntgenprojektionsbildern, die die Blutversorgung der Knochen in den verschiedensten Lebensjahren des Menschen in anschaulicher Weise dartun. Die Präparate wurden mit Quecksilberterpentinemulsion injiziert und einmal nach Abpräparieren der Weichteile, dann nach Entfernen des Periosts mittels Röntgenstrahlen photographiert. **G. Hinz** (Berlin).

---

20) **J. A. Schabad.** Actinomycosis atypica pseudotuberculosa. Streptotrichosis hominis auctorum.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 36—38.)

Nach Anführung der Literatur beschreibt S. einen eigenen Fall: Mann, 62 Jahre alt, seit über 2 Jahren an Husten leidend. Täglich $1/2$ Liter eitrigen, zähen Auswurfes. Unter dem rechten M. pectoralis ein Abszeß von der Größe eines halben Kindskopfes. Tod nach 6 Tagen. Die Sektion ließ folgende Entstehung der Krankheit vermuten: Infektion der rechten Lunge durch die Bronchien; der Abszeß perforierte in die Pleura; von hier griff die Eiterung auf die Brustwand über, zerstörte einen Teil der 3. Rippe und bildete einen neuen Abszeß unter dem Pectoralis. Endlich wurde auch das Perikard ergriffen und zeigte das Bild einer fibrinösen Perikarditis. Der Eiter enthielt im Leben den Streptothrix asteroides (Eppinger). Genau beschrieben werden das Verhalten in verschiedenen Nährböden, die Morphologie, die Pathogenität für Tiere.

Schlußfolgerungen: Dieser Mikroorganismus ist für Menschen pathogen und nimmt eine Mittelstellung zwischen Aktinomyces und Tuberkelbazillus ein. Er ruft beim Menschen ein der Aktinomykose ähnliches klinisches Bild hervor, gibt aber dicken, zähen Eiter ohne Körnchen, bildet keine kolbenförmigen Verdickungen und widersteht Säuren. Man kann daher folgende Einteilung aufstellen:

A. Typischer Aktinomyces,
B. atypischer Aktinomyces,
  a. simplex (verflüssigt die Gelatine, verursacht bei Tieren keine Pseudotuberkulose),
    1) albus,
    2) flavus,
  b. pseudotuberculosus (verflüssigt die Gelatine nicht, ruft bei Tieren falsche Tuberkulose hervor).

Der atypische Actinomyces pseudotuberculosus beansprucht biologisches Interesse als Übergangsglied zwischen Aktinomyces und Tuberkelbazillus und beweist die botanische Verwandtschaft beider Krankheiten. Alle bisher bekannten Er-

zeuger der Tuberkelkrankheiten aus der Gruppe der Tuberkel- und Pseudotuberkelbazillen und des Aktinomyces sind säurefest.

Zum Schluß wird ein Literaturverzeichnis von 43 Nummern gebracht.

Glückel (Kondal, Saratow).

21) G. Heinzelmann. Die Endresultate der Behandlung der Aktinomykose in der v. Bruns'schen Klinik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 2.)

In der Tübinger chirurgischen Klinik wurden seit dem Jahre 1885 im ganzen 56 Pat. an Aktinomykose behandelt, von denen 45 dem männlichen und 11 dem weiblichen Geschlecht angehörten. In 42 Fällen war Gesicht und Hals Sitz der Erkrankung, 2mal Brust und Lunge, 11mal Bauch und Bauchdecken, 1mal die äußere Haut. Die Therapie legte das Hauptgewicht auf eine möglichst radikale Entfernung aller erkrankten Teile. Daneben wurde Jodkalium in großen Dosen gegeben. Die Nachuntersuchungen ergaben, daß die Prognose der Kiefer- und Halsaktinomykose als ziemlich günstig angesehen werden kann. Es wurden 89,7% vollständige Heilungen erzielt. Die schlechtesten prognostischen Aussichten bietet die Lungenaktinomykose; nicht minder diejenige der Baucheingeweide. Der ungünstige Verlauf wird hier dadurch bedingt, daß eine gründliche Entfernung der Pilzherde oft unmöglich ist. **Blauel** (Tübingen).

22) Gordinier. Arguments in favor of the existence of a separate centre for writing.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. September.)

Nach Anziehung der einschlägigen Literatur über Agraphie wird über eine eigene Beobachtung berichtet. 37jährige Frau erkrankt unter leichten Symptomen von Hirndruck, doppelseitiger Neuritis optica, Lähmung des rechten Abducens. Nach 1/4 Jahr vollständige motorische Agraphie, sonst absolut keine Herdsymptome, keine geistigen Störungen. Pat. hält die Feder richtig und macht Bewegungen, als ob sie schreiben wolle, bringt jedoch nur gleichartige Linien zustande. Keine motorischen Lähmungen an Hand und Arm. Nach weiteren 2 Monaten wegen Zunahme des Hirndruckes Trepanation, entsprechend dem Sulcus Rolandi links, ohne Erfolg; Tod.

Es fand sich ein abgegrenztes Gliom an der Basis der zweiten linken Stirnwindung, mit welchem die Pia verwachsen war. Dieser Befund spricht für das Vorhandensein eines besonderen, abgrenzbaren Rindenzentrums für die Schrift an obiger Stelle; für die linke Hand an analoger Stelle rechts.

Bender (Leipzig).

23) W. Lossen. Beiträge zur Diagnose und Therapie der Kleinhirnabszesse.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 3.)

Im Karlsruher städtischen Krankenhause wurden in den Jahren 1897—1902 10 Fälle von Kleinhirnabszessen beobachtet. 8 derselben wurden operiert; 3 Pat. wurden geheilt, 5 starben, darunter 2, nachdem noch ein zweiter gleichseitiger Kleinhirnabszeß entleert war.

8mal erwies sich als primäre Ursache des Kleinhirnabszesses ein Cholesteatom der Paukenhöhle, in einem Falle war eine entzündliche Sklerose des Warzenfortsatzes, in einem anderen eine eitrige Mastoiditis zu beschuldigen. Komplikationen bestanden in allen Fällen, und zwar 3mal ein zweiter Kleinhirnabszeß, ferner Sinus- und Jugularisthrombosen (8mal), Extraduralabszesse und Meningitis. Ein Großhirnabszeß wurde nie beobachtet.

Das klinische Bild des Kleinhirnabszesses, die Diagnose, Prognose und Therapie werden unter Hinweisen auf die in extenso wiedergegebenen Krankengeschichten eingehend erörtert. **Blauel** (Tübingen).

24) **E. Müller.** Pinzette zur Entfernung von Fremdkörpern aus Nase und Ohr.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Nr. 6.)

Die Pinzette ist am Schloß stumpfwinklig geknickt und hat sehr lange und schmale, vorn in je ein Häkchen verlaufende Arme. Beim Schließen der Zange greifen die Häkchen übereinander nach Art der amerikanischen Kugelzange. Die Zange wird geschlossen an der Nasenscheide- resp. Gehörgangswand eingeführt bis hinter den Fremdkörper, dann entfaltet, um den Fremdkörper zwischen Arme und Haken zu nehmen und so vorzuziehen. Auseinandergenommen dient jede Hälfte als Haken. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

25) **T. Schüler.** Ein neuer Heißluftapparat zur Behandlung namentlich von Ohren- und Nasenkrankheiten.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Nr. 4.)

Ein kleiner Kessel mit Kupferschlange darin, in welchem durch Gas, Spiritus oder Elektrizität die Luft heiß gemacht wird. Man kann sie zwischen 0 und 170° alle Temperaturen regulierend wählen und nach Belieben ändern. Die heiße Luft strömt aus einem Schlauch mit leicht gebogenem Ansatzstück, welches die innere Nase, den Rachen, die Tuba Eustachii, das Trommelfell und sogar die Paukenhöhle, Highmors- und Stirnhöhle mit warmer Luft speist.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

26) **Burk.** Über Verbreiterung der knöchernen Nase durch Schleimpolypen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Die spärliche, bisher nur sechs Beobachtungen zählende Kasuistik über Verbreiterung des knöchernen Nasengerüstes durch gewöhnliche Schleimpolypen wird durch Beschreibung von drei weiteren Fällen der Tübinger Klinik bereichert. Zwei derselben, bei welchen die Verbreiterung sich erst im späteren Lebensalter ausbildete, widerlegen die bisherige Annahme, daß eine Vergrößerung der Nase nur im jugendlichen Alter, zur Zeit der stärksten Entwicklung des Knochengerüstes, möglich sei. Die Verbreiterung des Nasengerüstes im späteren Lebensalter kommt zustande durch den Druck der Nasenpolypen auf die Wandungen der Nasenhöhlen, welcher ein Auseinanderklaffen der einzelnen Knochen zur Folge hat, während im jugendlichen Alter durch den chronischen Reizzustand des Periostes ausgelöste Wachstumsvorgänge die Vergrößerung bewirken.

Blauel (Tübingen).

27) **H. Streit.** Über das Vorkommen des Skleroms in Deutschland.

(Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. XIV. p. 257.)

Es werden zunächst alle publizierten und sonst brieflich dem Verf. bekannt gewordenen Sklerомfälle zusammengestellt und nachgeprüft; sodann wird eine kartographische Übersicht gegeben, aus der hervorgeht, daß es im wesentlichen zwei Herde sind, an welchen die Krankheit vorkommt, der eine in Ostpreußen, der andere in Schlesien. Am Schluß der Arbeit werden dann Vorschläge zur Bekämpfung der Krankheit gemacht. **Manasse** (Straßburg i. E.).

28) **O. Fittig.** Über einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von Rhinosklerom.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 2.)

Durch 23 Expositionen (weiche Röhre, Röhrenabstand 3—5 cm, Stromintensität 7 Ampères, Anzahl der Unterbrechungen 2—3 in der Sekunde) erreichte Verf. bei einem in der Breslauer chirurgischen Klinik aufgenommenen Falle von Sklerom der äußeren und inneren Nase und des Kehlkopfes einen wesentlichen Erfolg.

Bis auf einen kleinen, knorpelharten Wulst am unteren Rande des linken Nasenloches war die Geschwulst geschwunden. Die Epidermis im Expositionsgebiet war rosa und zart, aber nirgends mehr defekt. Dieser Erfolg lehrt, daß die Röntgenstrahlen das Sklerom rascher und vollkommener zur Heilung zu bringen vermögen als den Lupus und vielleicht selbst die günstigen Formen von Karzinom.

Blauel (Tübingen).

29) **P. Lengemann.** Ein Fall von muskulärer Makroglossie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 2.)

Verf. berichtet aus der Breslauer chirurgischen Klinik über einen Fall von muskulärer Makroglossie bei einem 4 Wochen alten Knaben. Die Therapie bestand in einer Keilexzision und führte zu einer wesentlichen Verkleinerung. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein völliges Fehlen von Lymphangiektasien, überhaupt von Abnormitäten des Bindegewebsapparates. Die Vergrößerung des Organes beruhte lediglich auf einer Vermehrung der Muskulatur. Im Vergleich mit mikroskopischen Bildern von jungen, im Alter nahestehenden Kindern ergab sich, daß in dem vorliegenden Falle die Muskelfasern erheblich dicker waren als die der normalen Zunge. Da aber durch die Vergrößerung des Querschnittes der einzelnen Fasern keine hinreichende Begründung der ganzen Größenzunahme gegeben war, mußte noch eine Vermehrung der Zahl der Muskelfasern angenommen werden. Es bestände dann neben der Hypertrophie noch eine echte Hyperplasie.

Blauel (Tübingen).

30) **R. Delle.** Lipoma tonsillae palatinae.

(Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. XIV. p. 399.)

Die gelblich-rötliche, »apfelsinengroße« Geschwulst saß auf der linken Mandel einer 46jährigen Frau. Sie wurde mit der Schere abgetragen und bestand mikroskopisch aus Bindegewebe mit Fettgewebe darin; überzogen ist sie von Plattenepithel. **Manasse** (Straßburg i. E.).

31) **G. H. Edington.** Exanthematous jew-necrosis after typhoid fever.

(Glasgow med. journ. Bd. LX. p. 171.)

Bei einem 6jährigen Knaben entstand während eines schweren Typhus in der 6. Woche eine Nekrose des Oberkiefers, und zwar beiderseits symmetrisch in der Gegend der Molares. Die Sequester und Zähne wurden teils spontan abgestoßen, teils operativ entfernt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

32) **C. A. Powers.** Removal of a heavy silk ligature from around the right pneumogastric nerve — clinical symptoms before and after removal.

(Med. news 1903. Oktober.)

Der 25jährige Pat. war vor einem Jahre wegen Halsdrüsentuberkulose operiert worden. Die Operation soll schwierig und mit starker Blutung verbunden gewesen sein. Sofort nach Erwachen aus der Narkose Beklemmungsgefühl, völlige Heiserkeit, heftiger, krampfhafter Husten. In der Folgezeit geringe Besserung; leichtester Druck auf die Operationsnarbe ruft Hustenanfälle hervor. Bei der Untersuchung finden sich in einer Fistel die Enden einer starken Seidenligatur. Der Versuch, sie durch Zug zu entfernen, löst einen 5 Minuten langen, äußerst heftigen Anfall von Atemnot, Cyanose, Husten, Erbrechen, Pulsverlangsamung aus. Nach tiefer Spaltung der Fistel sieht man den Seidenfaden in feste Narbenmassen eingebettet. Trotzdem der Vagus nicht erkannt werden konnte, war es klar, daß ihn die Ligatur mitgefaßt hatte. Vorsichtiges Durchschneiden und Entfernen derselben brachte die Fistel zur Heilung und die Beschwerden zu allmählichem, fast vollständigem Verschwinden **Kleinschmidt** (Kassel).



33) **S. Saltikow.** Über die sog. Amyloidtumoren der Luftwege und des Anfangteiles des Verdauungskanales.

(Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. XIV. p. 321.)

Zwei Fälle werden zuerst makroskopisch und mikroskopisch geschildert: im ersten saß ein erbsengroßer Knoten in dem Winkel zwischen rechter Plica ary-epiglottica und rechtem Taschenband, im zweiten eine kirschkerngroße Geschwulst am Zungengrunde links von der Mittellinie. Mikroskopisch zeigte sich das bekannte Bild: amyloide Massen meist in Hohlräumen und gewundenen Kanälen, an den Schollen angelagert oder auch frei im Bindegewebe die Riesenzellen. Es folgt dann eine Zusammenstellung der dazugehörigen Literatur.

Manasse (Straßburg i. E.).

34) **J. U. Johanni.** Über einen Amyloidtumor des Kehlkopfes und der Trachea.

(Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. XIV. p. 331.)

Es handelt sich um eine große Geschwulst von Kehlkopf und Luftröhre, die schon makroskopisch eine sehr transparente Beschaffenheit zeigte. Mikroskopisch zeigte sich dann typisches Amyloid mit kleinen Knorpel- und Knochenherden darin, wie es auch sonst in Amyloidgeschwülsten beschrieben worden ist. Auch die Drüsen zeigten Amyloidreaktion der Membrana propria, ebenso wie die Blutgefäßwände diese Degeneration aufwiesen. Etwas Besonderes sind die in den Kapillaren gefundenen amyloiden Schollen und Kugeln. Die Riesenzellen in der Umgebung der amyloiden Schollen, die von anderen Autoren beschrieben sind, waren in dem J.'schen Falle auch vorhanden. Am Schluß der Arbeit erfolgt eine genaue Zusammenstellung der wenigen bisher in der Literatur beschriebenen ähnlichen Fälle. **Manasse** (Straßburg i. E.).

35) **D. R. v. Mašek.** Ein Fall von Operation einer Trachealfistel.

(Liečnički viestnik 1903. Nr. 7. [Kroatisch.])

40jähriger Pat., vor 7 Jahren wegen luetischer Kehlkopfverengerung tracheotomiert und mit der Kanüle entlassen. Kehlkopf vollkommen undurchgängig. Auspräparierung und Exzision der eingebogenen vorderen Trachealwand um die Fistel, Durchschneidung der verwachsenen Stimmbänder und des unteren Teiles des Kehlkopfes, gewaltsame Dehnung und Einlegen einer T-Kanüle. Nach 20 Tagen Decanulement und dann Schluß des Luftröhrenspaltes (2×0,5 cm) auf folgende Weise: Auf der linken Seite wird ein 2 cm langer und wie der Spalt breiter Hautlappen mit der Basis am Spaltrande gebildet und türflügelartig über den Spalt geklappt und angenäht. Auf der rechten Seite wird ein 4 cm langer und wie der Spalt breiter Lappen auspräpariert, dessen Basis lateral lag, über den linken Lappen gezogen und angenäht, so daß er seine blutige Fläche und den Defekt vom linken Lappen deckte; so wurde der Spalt durch einen Hautlappen gedeckt, der nach innen und außen mit Epithel versehen war. Glatte Heilung.

v. Cačković (Agram).

36) **Scudder.** Tumor of the intercarotid body.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. September.)

S. entfernte mit Erfolg eine Geschwulst der Glandula carotica bei einer 25jährigen Frau. Sie saß, wie gewöhnlich, in der Gabelung der Carotis communis und konnte nur nach Unterbindung des Gefäßes, der Carotis externa und interna, entfernt werden. Nach 13 Monaten kein Rezidiv.

Von den fünf bis jetzt bekannten derartigen Geschwülsten wird das von Marchand eingehender besprochen. Mikroskopisch gehen die stets abgekapselten Geschwülste nach den einen von den Endothelien, nach anderen von den Perithelien der Gefäße aus. **Bender** (Leipzig).



37) **Guelinel.** Contusions mortelles de la poitrine par coup de pied de cheval.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1903. September.)

Zwei Fälle, in welchen durch Hufschlag vor die Präkordialgegend sofortiger Tod eingetreten war, ohne daß bei der Obduktion Verletzungen an der Brustkorbwand oder an den inneren Organen gefunden wurden. Verf. glaubt, daß durch Chokwirkung die Herzganglien reflektorisch gelähmt worden seien.

Herhold (Altona).

38) **Tuffier.** Intervention pour plaie de la région du coeur.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 127.)

Nach dem Röntgenbilde saß das Geschoß dicht am linken Herzohr und folgte den Bewegungen des Herzens sehr genau. T. nahm an, daß es zwischen Herz und Herzbeutel saß. Bei der Operation fand er es inmitten von Verwachsungen, konnte aber nicht sicher entscheiden, ob es intra- oder extraperikardial saß. Das Geschoß wurde entfernt; der Kranke genas. **V. E. Mertens** (Breslau).

39) **Mohr** (Bielefeld). Über Mastitis adolescentium.

(Med. Woche 1903. Nr. 39.)

M. hat zwei chronisch verlaufende Fälle dieser seltenen Form der Mastitis (pubescentium Langer) beobachtet, deren Entstehung er einer gewissen Veranlagung und dem Einfluß der normalen Entwicklungsvorgänge in der Brustdrüse zur Zeit der Geschlechtsreife zuschreibt. Als auslösende Ursachen wirken Traumen aller Art.

Bei einem noch nicht menstruierten Mädchen von 13 Jahren entstand allmählich innerhalb 5 Monaten eine knorpelharte, verschiebliche, unempfindliche Schwellung der rechten Brustdrüse mit markstückgroßer Basis durch Anstemmen an die Tischkante beim Schreiben nebst zwei bohnengroßen Drüsen derselben Achsel. Feuchte Umschläge und Jodvasogeneinreibungen brachten Heilung. Ein 16jähriger, schwächlicher Schlosserlehrling bekam, gleichfalls rechts, eine etwas größere, sonst ebenso beschaffene Geschwulst wahrscheinlich durch häufiges Anstemmen von Instrumenten. Wegen raschen Wachstums, Schmerzen und Verwachsung mit der bedeckenden Haut wurde sie im zweiten Falle entfernt. Die histologische Untersuchung ergab nicht eigentlich einen entzündlichen Prozeß, sondern eine diffuse, etwas ungleichmäßige Hyperplasie der Gewebselemente einer normalen männlichen Brustdrüse (auffällig in Rücksicht auf die Verwachsung; Ref.). Verf. weist zum Schluß auf den ungewöhnlichen Ausgang der Mastitis adolescentium in Eiterung, sowie auf die seltenen Fälle hin, welche mit unerträglichen Schmerzen einhergehen, und bespricht die ihr ähnliche Schwellung der Brustdrüse nach Trauma bei erwachsenen Männern von 20—40 Jahren (Düms, Zentralblatt für Chirurgie 1897 p. 115) und ihre Beziehungen zur Gynäkomastie und diffusen wahren Hypertrophie der weiblichen Brustdrüse. **Gutzeit** (Neidenburg).

40) **B. de Vecchi** (Bologna). Su di un caso di tubercolosi mammaria.

(Clinica chir. 1902. Nr. 8.)

Ein Fall echter Brustdrüsentuberkulose, disseminierte Form mit partieller Nekrose und Gewebsverflüssigung (kaltem Abszeß) in der rechten Brustdrüse einer 19jährigen, sonst gesunden, hereditär nicht belasteten Virgo. Keine Drüsenschwellung. Amputation, Heilung p. pr. i. Der Ausgangspunkt (Mamilla oder Haut) konnte nicht festgestellt werden. **J. Sternberg** (Wien).

41) **Abadie.** Adéno-fibrome du rein chez un homme.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 68. Jahrg. Nr. 5.)

Bisher sind erst drei gleiche Fälle (Virchow und Beadler) bekannt. Da sich gleichzeitig — wie erst die Operation, bestehend in Amputat. mammae mit

Ausräumung der Achselhöhle, festzustellen erlaubte — Schwellung der Lymphdrüsen vorfand, so ist die Annahme gerechtfertigt, daß dem Adenofibrom eine schleichende Mastitis vorausgegangen ist. **Christel** (Metz).

42) **E. Casati.** Carcinoma delle mamelle, sua cura chirurgica — statistica personale.

(Atti della soc. ital. di ost. e gin. Vol. VIII. 1901.)

C. vergleicht die Dauerresultate seiner Mammaamputationen, welche er seit dem Jahre 1897 ausgeführt hat, mit jenen der fünf vorhergehenden Jahre. Damals erzielte er nur 28,57% Dauerheilungen, während jetzt 57,14% der Fälle über 3 Jahre hinaus rezidivfrei geblieben waren. Verf. schreibt diese günstigen Resultate seinem radikalen Vorgehen zu, welches auch einer Verschleppung der Keime durch das Messer vorzubeugen suchte: Die Drüse wird von unten her umschnitten und sammt den Brustmuskeln vom Brustkorb abgehoben und exstirpiert. Vorher werden die Achseldrüsen entfernt und in verdächtigen Fällen zu allererst jene der gesunden Seite. (Einmal hat C. sogar den Arm exartikuliert.)

A. Most (Breslau).

43) **Pilcher.** Operative possibilities in cases of advanced carcinoma of the breast.

(Annals of surgery 1903. September.)

Verf. bespricht die Fortschritte, welche während der letzten Jahre bezüglich der Operation des Brustdrüsenkrebses gemacht sind, um dann näher auf 50 von ihm in den Jahren 1898—1900 operierte Fälle einzugehen. In 7 Fällen war eine Radikaloperation wegen der Ausbreitung des Leidens nicht möglich; von diesen trat in einem Falle auch der Tod im Anschluß an die Operation ein; von den übrigen 43 Kranken starb keine im Anschluß an die Operation. In 2 Fällen, welche relativ frühzeitig zur Operation kamen, wurde nur die Mamma mit Achseldrüsen entfernt, Rezidive in 5 resp. 6 Jahren. In 11 Fällen exstirpierte P. den Pectoral. major; es blieben ohne Rezidiv in der Zeit von 8—10 Jahren 4, in den übrigen traten Rezidive im Zeitraum von 2—6 Jahren ein. In 12 Fällen wurden der Pectoral. major und minor mitentfernt; von diesen sind zurzeit nur 2 ohne Rezidive, nachdem 3 Jahre nach der Operation verflossen sind; bei den übrigen traten in der Zeit von 12 Monaten bis zu 5 Jahren Rezidive ein. In 18 Fällen endlich wurden neben der Entfernung der beiden Brustmuskeln auch die Lymphdrüsen der oberen Schlüsselbeingrube entfernt; es handelte sich um ziemlich weit vorgeschrittene Fälle; von diesen leben ohne Rezidiv 4—6 Jahre nach der Operation nur 2.

Am Schluß der Arbeit wird darauf hingewiesen, wie schwierig die Beurteilung ist, ob ein Karzinom lokalisiert oder ob bereits das umgebende Gewebe weit ergriffen ist. Daher soll in allen Fällen möglichst viel von der Umgebung (Haut, Muskel, Lymphdrüsen) fortgenommen und nicht versäumt werden, in jedem Falle die obere Schlüsselbeingrube abzusuchen. **Herhold** (Altona).

44) **Aller.** Cystic degeneration of the mamma showing transformation into scirrhous carcinoma.

(Annals of surgery 1903. September.)

An einer wegen einer harten Geschwulst amputierten Brustdrüse konnte Verf. mikroskopisch nachweisen, daß Teile dieser Mamma chronische interstitielle Brustdrüsenentzündung mit teilweiser cystischen Degeneration zeigten, und daß in der dichtesten Umgebung der Cysten die karzinomatöse Neubildung lag. Er glaubt hieraus den Schluß ziehen zu können, daß sich das Karzinom auf Grund der interstitiellen cystösen Mastitis entwickeln könne und empfiehlt deswegen bei jeder Form der ebengenannten Krankheit, Probeexzisionen vorzunehmen und genau mikroskopisch zu untersuchen, damit nicht etwa eine für die Operation des

etwaigen Karzinoms günstige Zeit verloren gehe. An der Hand der Literatur wird nachgewiesen, daß einige Autoren den Zusammenhang zwischen Karzinom und interstitieller Mastitis abstreiten, während nur ein kleiner Teil diese Möglichkeit zugibt. **Herhold** (Altona).

45) **C. G. Cumston.** Congenital dislocation of the shoulder.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Juni.)

Ein Beitrag zur Kenntnis der seltenen angeborenen Verrenkung des Schultergelenkes. Nach etwas weitschweifiger Ausführung der Theorien über die Ätiologie des Leidens wird eingehend die Differentialdiagnose gegenüber erworbenen Veränderungen des Gelenkes (Geburtsverletzungen, syphilitische, zerebrale und spinale Kinderlähmung, spinale progressive Muskelatrophie, Erb'sche Dystrophie, Traumen, rheumatische, tuberkulöse Prozesse usw.) besprochen. Bei angeborener Verrenkung ist die Reposition stets leicht, ihre Erhaltung schwer; bei erworbener Dislokation trifft das umgekehrte Verhältnis zu.

Therapeutisch wird die blutige Reposition nach Phelps bevorzugt, nach welcher C. einen 5jährigen Knaben mit Erfolg operierte. Es handelte sich um eine Luxatio subcoracoidea hum. dextr; der Oberarm stand leicht abduziert, innenrotiert, Oberarmkopf kaum atrophisch, keine Kontrakturen, keine Entartungsreaktion; Abduktion und Elevation des Armes etwas beschränkt.

Bender (Leipzig).

46) **W. W. Keen.** Wrist-drop from fracture of the humerus injuring the musculo-spiral nerve. Suture after 10 weeks; early restoration of sensation and later of motion.

(Arch. internat. de chir. Vol. I. Fasc. 1.)

Es handelte sich um einen Oberarmbruch im Collum chirurgicum. Der Arm war 6 Wochen in einem Verbande gehalten und die Verletzung des N. radialis erst dann erkannt worden. Bei der Operation erwies sich der Nerv in großer Ausdehnung als sehr erheblich verdickt und mit dem Knochen verwachsen, 3,7 cm wurden reseziert. Bereits 3 Tage nach der Operation soll die Sensibilität zum Teil wieder hergestellt gewesen sein, während selbst nach 9 Monaten die Lähmung noch eine vollkommene war. 2 Jahre nach der Operation war die isolierte Streckung der Hand und der Finger eine vollkommene, dagegen die Kombination beider Bewegungen nicht in voller Ausdehnung möglich. Verf. schiebt die langsame Herstellung auf die verspätete Anwendung der Galvanisierung und der Strychnininjektionen.

Die mikroskopische Untersuchung des exzidierten Stückes ergab eine vollständige Degeneration desselben (Prof. Spiller). Nach Ansicht des Verf. erstreckte dieselbe sich jedoch weit über den Bezirk dieses Stückes hinaus.

Engelmann (Dortmund).

47) **E. Pagenstecher** (Wiesbaden). Die Fraktur des Os scaphoideum und ihr Ausgang in Pseudarthrose.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 44.)

In dem von P. beobachteten Falle eines 30jährigen Mannes, der auf die seitlich ausgestreckte Hand gefallen war und nach einigen Tagen der Ruhe wieder gearbeitet hatte, traten immer wieder nach Aufnahme der Arbeit Schwellung und Schmerzen im Handgelenk auf. Die Röntgenuntersuchung ergab eine Pseudarthrose nach Fraktur des Kahnbeins, das eine quere Bruchlinie zeigte; die dauernde Reibung der Fragmente hatte immer wieder nach längerer Arbeit Ergüsse ins Gelenk hervorgerufen und schließlich eine Erschlaffung der Kapsel zurückgelassen. P. exstirpierte beide Bruchstücke und erzielte dadurch allmählich wieder fast vollständige Arbeitsfähigkeit des Mannes. Im Anschluß an diesen Fall bespricht er die verschiedenen Bruchformen am Kahnbein, die rein intra-

und extrakapsulären und die Mischformen beider, die Brüche mit und ohne Dislokation, die Entstehung durch direkte und indirekte Gewalteinwirkung usw. und ihre Behandlung. **Kramer** (Glogau).

48) **B. Zöppritz.** Über die Resultate der Exstirpation des tuberkulösen Sehnenscheidenhygroms der Hand.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 3.)

Verf. hat 35 in der Tübinger chirurgischen Klinik operierte Fälle von Sehnenscheidenhygrom der Hand auf die erzielten Endresultate hin untersucht. Es ergab sich, daß bei einer Beobachtungszeit bis zu 15 Jahren 3/4 der Operierten vollständig von ihrem Leiden geheilt waren. Bei diesen hatte sich die Gebrauchsfähigkeit der Hand in fast der Hälfte der Fälle vollständig wieder hergestellt, bei den übrigen war sie mehr oder weniger herabgesetzt, aber nur in einem Falle bestand vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen Steifheit der Finger.

Blauel (Tübingen).

49) **W. Gibb Dun.** Deformities of the hands and feet.

(Glasgow med. journ. 1903. p. 161.)

Bei einem 14jährigen Mädchen fand sich außer einer Polydaktylie an beiden Füßen eine eigenartige Deformität beider Hände. Dieselben schienen fünf Finger, aber keine Daumen zu haben. Der funktionell als Daumen tätige Finger glich den übrigen morphologisch, besonders auch darin, daß er drei Phalangen hatte. Verf. diskutiert an der Hand des Falles die Frage, welches Glied des Daumens normalerweise ausfällt, ob die zweite Phalanx, die erste Phalanx oder das Metacarpale, ohne jedoch zu einem bündigen Schluß zu kommen. Jedenfalls weist das Röntgenbild des Falles ein völlig normales Metacarpale auf.

M. v. Brunn (Tübingen).

50) **O. Ehrhardt.** Über die Müller'sche Operation bei Spina ventosa. (Aus der chirurgischen Univ.-Klinik zu Königsberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 39.)

Die von Müller empfohlene Einpflanzung eines der Ulna entnommenen Periost-Knochenlappens zwischen die distrahierten Epiphysenknorpel nach Entfernung der Phalanx- oder Metacarpusdiaphyse ist in der Garrè'schen Klinik in sechs Fällen ausgeführt worden. Bei allen betraf die Erkrankung je einen Metakarpalknochen, in einem außerdem die Grundphalanx eines Fingers, an deren Stelle ein Periost-Knochenlappen der Tibia eingepflanzt wurde; bei einem Kinde bestand eine Fistel, die sorgfältig ausgeschnitten wurde, und dauert die vollständige Heilung bereits fast 9 Monate an. Auch drei weitere, gleichfalls per primam geheilte Fälle sind später rezidivfrei mit beweglichen, nicht deformierten und verkürzten Fingern gefunden worden. — Es hat sich also auch in E.'s Fällen das Verfahren bewährt, und kann dieses somit für alle Fälle von Spina ventosa, in denen Gelenke und Epiphysen nicht erkrankt sind und nicht Fisteln mit narbiger Verkürzung bestehen, empfohlen werden. **Kramer** (Glogau).

51) **T. Githens.** A case of femoral thrombosis in chronic dysentery.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1903. September.)

40jähriger Mann, welcher vor 15 Jahren Typhus und Dysenterie durchmachte und seither an chronischer Diarrhöe litt; starke Anämie und Kachexie. Während Pat. ruhig im Bette lag, trat plötzlich heftiger Schmerz an der Innenseite des Oberschenkels und in wenigen Minuten starke Schwellung des ganzen Beines auf. Haut bläulich-rot verfärbt, am Unterschenkel hämorrhagische Flecke, Saphena hart und strangförmig, starke Druckschmerhaftigkeit über allen Muskeln und den Venenstämmen, Bewegungsfähigkeit aufgehoben, Vom 5. Tage an Besserung und nach einigen Monaten Heilung bis auf ein leichtes Ödem beim Stehen. Stühle

andauernd fast rein eitrig, mikoskopisch kleine runde Diplokokken, jedoch keine Dysenterieamöben.

Die Pathogenese der Phlebitis und Thrombose im Verlaufe einer Dysenterie ist noch zweifelhaft; wahrscheinlich kommt sie durch lokale Infektion vom Darmkanal aus zustande, zumal wenn gleichzeitig eine schwere Anämie besteht. Verf. fand nur fünf ähnliche Fälle in der Literatur. **Mohr** (Bielefeld).

52) Bernard. Gangrène du membre inférieur par phlébite.

(Soc. méd. des hôpitaux 1903. Juli 10.)

Soldat mit leichter Influenza und Angina bei der Aufnahme. Unter plötzlichen heftigen Schmerzen in der Gegend der linken Fossa iliaca und unter heftigen Chokerscheinungen, Erbrechen, Kollaps trat eine Schwellung des linken Beines auf, ähnlich einer Phlegmasia alba dolens. Dann entwickelte sich allmählich im Laufe der nächsten Tage zunächst trockener, später feuchter Brand des Fußes und Unterschenkels. 2 Monate später intrakondyläre Amputation des Oberschenkels, glatte Heilung. Herz und Lungen waren sets gesund.

An dem amputierten Unterschenkel waren alle oberflächlichen und tiefen Venenstämme durch Thromben verödet, Arterien leer, ihr Kaliber sehr eng; also eine Phlebitis, deren Zustandekommen wohl durch die abnorme Enge der Arterien begünstigt wurde und bei normalem Kaliber derselben kaum zu vollkommener Gangrän geführt hätte. Die Phlebitis nahm vermutlich ihren Ausgang in der Vena iliaca, und der Thrombus setzte sich nach der Vena cava zu fort.

Mohr (Bielefeld).

53) J. Gibbon. Report of a case of painless amputation of the leg after the intraneural injection of cocaine.

(Philadelphia med. journ. 1903. Mai 2.)

Bei einem 50jährigen Manne sollte wegen fortgeschrittener Fußgelenkstuberkulose eine Unterschenkelamputation vorgenommen werden. Zu diesem Zwecke wurden unter Infiltrationsanästhesie mit Schleich'scher Lösung der Nervus ischiadicus und der Nervus femoralis freigelegt, und nach Crile's Vorgang in die Nervenstämme 1%ige Kokainlösung injiziert. Die Anästhesie der von diesen Nerven versorgten Gewebe trat erst nach 8 Minuten ein, war aber dann vollkommen, so daß die Operation schmerzlos durchgeführt werden konnte.

Läwen (Leipzig).

54) Snyers et Coulon. Corps étranger resté dans le genou pendant 33 ans.

(Arch. prov. de chir. 1903. August 1.)

Schußverletzung des Beines im Kriege 1870 mit Aufschlagen des Geschosses auf das Portemonnaie des Verwundeten. Aus der Wunde wurde das Geschoß und 8 Tage später ein Sou-Stück entfernt. Sehr langsame Heilung der Wunde 2 Jahre später Entwicklung einer kleinen Geschwulst der Kniekehle, welche allmählich Faustgröße erreichte und bis vor 2 Jahren stationär blieb; seither Wachstum und starke Schmerzhaftigkeit. Kniekehle zurzeit von einer fluktuierenden Geschwulst ausgefüllt. Nach Ausschälung des größten Teiles der Geschwulst wurde die Geschwulsthöhle eröffnet, und es entleerte sich eine große Menge einer graugelben zähen Masse und ein stark verbogenes Zweisoustück. Hierauf völlige Ausschälung der Geschwulst und glatte Heilung. Der Fremdkörper hatte demnach 33 Jahre im Körper verweilt. **Mohr** (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



// Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 2. **Sonnabend, den 16. Januar.** **1904.**

I.

(Aus dem Univ.-Ambul. für orthopäd. Chirurgie des Prof. A. Lorenz.)

Beiträge zur Therapie der kongenitalen Hüftverrenkung.

Von

Dr. Max Reiner,

Assistent des Ambulatoriums.

1) Die radikale Therapie jenseits der bisher geltenden Altersgrenze.

Im Jahre 1901 hat Schlesinger[1] aus der Dresdener orthopädischen Heilanstalt des Dr. Schanz einen Kunstgriff mitgeteilt, wel-

1 Münchener med. Wochenschrift 1901. Nr. 12.

cher dann in Anwendung zu bringen ist, wenn die Einrenkung zunächst mißlungen ist. Der Kunstgriff besteht darin, daß nach dem Mißlingen des ersten Repositionsversuches »das Bein scharf in die Stellung gedrückt wird, von der aus das Einschnappen des Kopfes stattfindet«, und in dieser Stellung im Gipsverbande vorläufig fixiert wird. Der 3—4 Tage später zu wiederholende Einrenkungsversuch findet nun wesentlich geringere Widerstände vor. Schlesinger übt das Verfahren in der Absicht, das Operationstrauma zu verringern. Es muß jedoch hervorgehoben werden, daß sich unter den von Schlesinger operierten Fällen auch 3 oberhalb der sog. Altersgrenze befinden.

Nach meiner Erfahrung lassen sich nun, wenn man diesen Weg systematisch weiter verfolgt, noch Repositionen bei Pat. zustande bringen, welche die bisher geltenden Altersgrenzen beträchtlich überschritten haben. Nach den bisherigen Beobachtungen zu schließen, sind doppelseitige Luxationen noch bis zum 12., einseitige noch bis zum 15. Lebensjahre der radikalen Therapie zugänglich, ohne daß die Gefahr schwerer Nebenverletzungen heraufbeschworen würde.

Ich nehme Pat. dieses Alters zur Operation an in der ausgesprochenen Absicht, die Reposition nicht in der ersten Sitzung zu Ende zu führen, sondern nur eine Annäherung des Kopfes an die Pfanne zu erreichen. Die Operation wird mit den gewöhnlichen Manövern (Myorrhexis adductorum, Dehnung der Kniebeuger durch Streckung des Kniegelenkes bei rechtwinkliger Beugung [und Abduktion] des Hüftgelenkes, event. manuelle Extension usw.) begonnen und über dem Keile fortgesetzt. Hierbei wird bekanntlich infolge Hebelwirkung der Kopf gegen den Isthmus der Kapsel vorgetrieben. Jede weitere Annäherung des Kopfes an den Pfannenort ist im wesentlichen von der Dehnbarkeit des Kapselschlauches abhängig. Da der Isthmus aber bei älteren Kindern in der Regel erheblich verengt und überdies die Wand des Kapselschlauches stark verdickt ist, erreicht die pfannenwärts gerichtete Bewegung des Kopfes früher oder später ein natürliches Ende. Jetzt werden die weiteren Hebelmanöver eingestellt und die erreichte Pfannennähe des Kopfes, sowie die erreichte größtmögliche, aber naturgemäß noch nicht rechtwinklige Abduktion des Schenkels im Gipsverbande fixiert. Die Fortsetzung der Operation erfolgt nach 8—14 Tagen.

Die bisher auf diese Weise behandelten Fälle sind ausnahmslos gelungen, und zwar durchaus schon beim 2. Versuche. Die Zahl der behandelten Fälle beträgt 10; hiervon waren 2 doppelseitig Luxierte im Alter von 11 und 12 Jahren und 8 einseitig Luxierte im Alter von 10, 10, 10, 11, 11, 12, 13, 15 Jahren.

Die Wirkungsweise des Verfahrens dürfte man sich in der Art vorzustellen haben, daß die Fixation der im ersten Versuch erreichten Endstellung die erzeugten Muskelspannungen aufrecht hält, so daß der Kopf durch elastische Kräfte andauernd gegen den Isthmus angedrückt erhalten bleibt und wie ein Keil im Sinne der allmäh-

lichen Ausdehnung desselben wirkt. Indem die Muskeln hierbei selbst gedehnt werden, wird eo ipso ein weiteres, wenn auch weniger wichtiges Repositionshindernis in seiner Wirksamkeit geschwächt. Unabhängig von diesen mechanischen Momenten spielt wohl auch die Traumatisierung der Gewebe eine Rolle, indem dieselben infolge ödematöser Durchtränkung nachgiebiger werden.

Die Nachbehandlung, die im übrigen nach bekannten Grundsätzen erfolgt, wird allerdings mit höheren Kontrakturgraden der Gelenke zu rechnen haben.

2) Zur Nachbehandlung.

Wie Lorenz betont, ist die Vermeidung der vorderen Reluxation nach oben von der Kunst abhängig, die extreme Primärstellung richtig in die Gelenksmittellage überzuführen. Deshalb soll die Stellungsverbesserung nach der 2. Fixationsperiode nicht beschleunigt werden, sondern soweit als möglich der Spontankorrektur überlassen bleiben. Es wird deshalb auch die Beweglichkeit anfangs nur in der Frontalebene gepflegt.

Diesbezüglich hat es sich in den letzten Jahren als außerordentlich vorteilhaft erwiesen, die Aufgabe der Nachbehandlung dahin zu präzisieren, daß sie nicht die erzeugte Kontraktur so rasch als möglich zu beseitigen habe, sondern im Gegenteil dieselbe solange als möglich resp. für immer reproduzierbar erhalten müsse.

Diesem Zwecke dient nicht nur die tagsüber ausgeführte aktive und passive Gymnastik, sondern auch die Rückführung des Gelenkes in die Primärstellung für die Dauer der Nachtruhe. Ich fertige zu diesem Zweke nach Art des Reklinationsgipsbettes eine Mulde an, welche über dem auf dem Bauche liegenden Kinde aus Gipsbinden formiert wird und das Becken inkl. untere Thoraxapertur, sowie den rechtwinklig abduzierten Oberschenkel aufnimmt. Soll der Oberschenkel zugleich überstreckt erhalten werden, so wird während der Formierung des Lagerungsapparates ein Polster unter das Knie geschoben.

Während also einerseits die Nachbehandlung der Aufgabe zu dienen hat, die Reproduzierbarkeit der Primärstellung zu begünstigen, bildet andererseits die Möglichkeit, die Primärlage jederzeit mühelos wieder herstellen zu können, zugleich eine exakte Probe auf den Bestand der Reposition. Denn kein Gelenk ist als tadellos reponiert anzusehen, welches zwar die Wiederherstellung der primären Abduktion gestattet, sich hierbei aber gleichzeitig in leichte Beugestellung begibt.

Selbstverständlich verlieren die hier aufgestellten Forderungen rigiden Gelenken gegenüber ihre Gültigkeit.

II.

Über die Durchgängigkeit des nach Sektion oder Resektion genähten Vas deferens.

Von

Dr. H. Vulliet,

Privatdozent der Chirurgie in Lausanne.

Es ist mir unbekannt, ob diese Frage, so einfach sie scheint, eine experimentell bejahende Antwort erhalten hat. Wir kennen Fälle, wo ein durchschnittener Ductus spermaticus genäht worden ist (Palavecchio[1], Roux), aber wir haben weder anatomische noch funktionelle Beweise, daß diese Naht von Erfolg begleitet war.

Die Aufklärung dieser Frage ist doch von praktischem Wert. Es kommt etwa vor, daß das Vas deferens im Lauf einer Operation (schwierige Hernienoperationen) unabsichtlich verletzt wird; andererseits bei den konservativen Tendenzen der heutigen Chirurgie ist man eher aufgelegt, nur den kranken Teil des Ductus spermaticus zu resezieren. In beiden Fällen ist es von höchstem Interesse zu wissen, ob die Naht nützlich sei und ob das Vas deferens wieder durchgängig werde.

In dieser Beziehung scheint bis heute die Epididymis allein die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich gezogen zu haben. Dies erklärt sich übrigens leicht, wenn man bedenkt, daß die meisten Entzündungskrankheiten, welche die Undurchgängigkeit der Samenwege hervorrufen, sich gerade im Nebenhoden lokalisieren (Tuberkulose, Gonorrhöe).

Wenn die konservative Chirurgie, bei partiellen oder totalen Epididymresektionen, den Hoden wenn irgendmöglich intakt zu erhalten sucht, so sollte sie auch Mittel finden, die Funktion wieder herzustellen, indem sie die Kontinuität der Sekretionswege sichert. Dies könnte geschehen dadurch, daß sie das peripherische Ende des Vas deferens entweder mit dem Epididymstumpf — nach partieller Resektion — oder mit dem Hoden selbst — nach totaler Resektion der Epididymis — verbindet.

Bardenheuer versuchte schon im Jahre 1886 eine solche Operation, aber ohne Erfolg. Die Frage wurde im Laufe der letzten Jahre durch Scaduto wieder aufgeworfen (Hundeversuche); dann durch Fabrini[2], welcher die Neubildung der Epididymis nach Sektion und Resektion untersuchte, und besonders durch Rasumowsky[3] (aus Kasan); dieser machte vier derartige Operationen an

[1] Presse méd. 1895. Nr. 56. p. 451. November 9.

[2] Clinica med. chir. 1901. Nr. 3 u. 4. Ref. im Zentralbl. f. Chirurgie 1902. p. 345.

[3] v. Langenbeck's Archiv Bd. LXV. Hft. 3. Ref. im Zentralbl. f. Chirurgie 1902. Nr. 20.

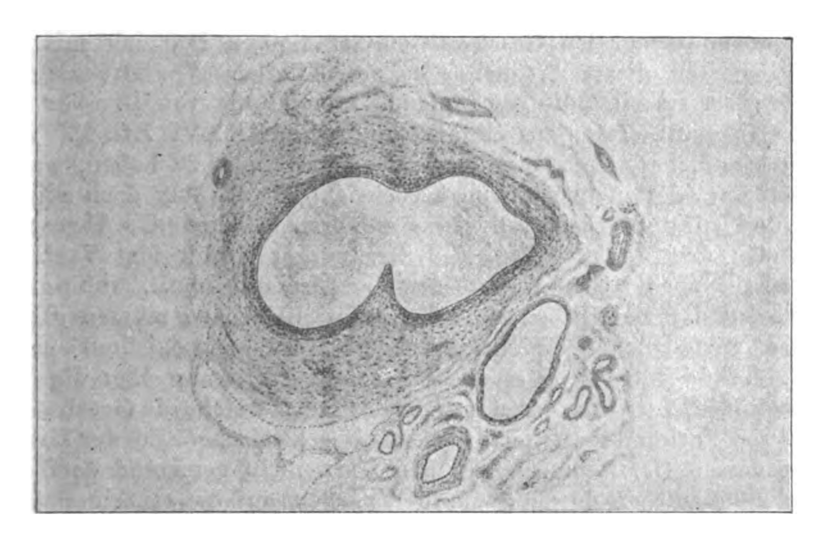
dem Menschen (tuberkulöse Verletzungen) und gab den Anstoß zu den letzten und interessanten Untersuchungen von Bogoljuboff[4] am Hunde. Amerikanische Ärzte[5] haben eine ähnliche Operation bei einem azoospermischen Manne gemacht, deren späteres Resultat unbekannt ist.

Ich glaube, es wäre verfrüht, über den Wert dieser Versuche sich auszusprechen.

Um mit dem Einfachsten anzufangen, können wir hier den anatomischen Beweis erbringen, daß das genähte Vas deferens einer völligen Herstellung fähig ist, d. h. beim Hunde und also auch sehr wahrscheinlich beim Manne.

Natürlich ist die Naht sehr fein; der Durchmesser des Vas deferens mißt nicht mehr als 2 mm und sein Lumen $^1/_2$ mm; die Wand ist jedoch ziemlich dick (Muskularis) und erlaubt zu nähen, ohne daß man mit der Nadel in das Lumen hineinsticht; Nadel und Faden müssen sehr fein sein.

Auf vier genähte Vasa deferentia haben wir unter dem Mikroskop drei völlig durchgängig und mit normalem Epithel bedeckt gefunden.



Die Präparationen und Untersuchungen wurden von meinem Kollegen und Freunde Dr. A. Roud, Professor der Anatomie an der Universität in Lausanne, gemacht, d. h. sie bieten jede Garantie der Genauigkeit. Wir fügen hier eine Abbildung des Durchschnittes der genähten Stelle bei; man erkennt leicht die Durchgängigkeit der beiden Enden (6 Monate nach der Naht).

---

[4] v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 3. Ref. im Zentralbl. f. Chirurgie 1903. Nr. 46.

[5] Ref. im Zentralbl. für Chirurgie 1902. Nr. 27.



Die Untersuchung der ganzen Schnittserie der Vasa deferentia läßt keinen Zweifel über die Durchgängigkeit aufkommen.

Dem anatomischen Beweis können wir auch den physiologischen beifügen. Dr. Möhrlen, an der chirurgischen Klinik in Lausanne (Prof. Roux) hat im Sperma von zwei jungen Hunden, deren Vasa deferentia durchschnitten und genäht worden sind, lebende Spermatozoïden gefunden.

Ich denke, man kann also die vollständige Herstellung eines genähten Vas deferens als sicher betrachten.

Die Chirurgen, die dieses Resultat nicht erwarteten, werden mit Freuden den Beweis dieser Tatsachen erfahren. Ihr Vertrauen war also gerechtfertigt und ihre Arbeit nützlich.

---

1) **H. Hellendall.** Retropharyngeale Geschwülste.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 3.)

2) **C. Brunner.** Zu den retropharyngealen Tumoren. Bemerkungen zu der Arbeit von Hellendall.

(Ibid. Bd. XL. Hft. 2.)

Drei in der Straßburger chirurgischen Klinik beobachtete Fälle von retropharyngealen Geschwülsten veranlaßten H., sich mit den Geschwülsten dieser Art näher zu beschäftigen. Vor Drucklegung der Arbeit erschien die erschöpfende Abhandlung von B. über dasselbe Thema (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI Hft. 3). Verf. glaubt nun, bei seinen Studien einiges gewonnen zu haben, was B. entgangen oder nicht von ihm berücksichtigt war, aber doch wichtig ist, und so die Arbeit B.'s etwas ergänzen zu können. Abgesehen von den drei neuen Fällen der Straßburger Klinik fügt Verf. der Kasuistik noch sieben weitere aus der Literatur hinzu, wohingegen er sieben der von B. benutzten Fälle ausscheiden zu müssen glaubt. Einer ausführlichen Wiedergabe der Krankengeschichten seiner 31 Fälle folgt eine ins einzelne gehende Erörterung über die Verdrängungen, Verwachsungen und Zerstörungen, welche die Geschwülste in ihrer Nachbarschaft hervorriefen. Das klinische Bild der Krankheit, dessen Darstellung bei B. dem Verf. nicht genügend detailliert erscheint, will er durch genaues Eingehen auf die einzelnen Symptome deutlicher machen. Zu diesem Zwecke zerlegt er den Verlauf der Krankheit in drei Abschnitte und bespricht zunächst die Symptome bei Beginn der Erkrankung, dann diejenigen während des Verlaufes bis zur eigentlichen Beobachtungszeit und schließlich den in der Operation gipfelnden Höhepunkt. Nach kurzem Eingehen auf die verschiedenen Operationsmethoden, auf Vor- und Hilfsoperationen, werden dann die Erfolge derselben dahin zusammengefaßt, daß die Sterblichkeit bei den extrapharyngeal Operierten bedeutend günstiger ist, während hinsichtlich der Heilungsdauer zwischen extra- und intrapharyngeal Operierten ein Unterschied sich nicht erkennen läßt.

In seinen »Bemerkungen« zu der vorstehend referierten Arbeit verwahrt sich B., unter vollständiger Anerkennung der Komplettierung der Kasuistik, gegen verschiedene korrigierende Bemerkungen H.'s. Hinsichtlich der Einzelheiten muß auf das Original hingewiesen werden.

Blauel (Tübingen).

3) **Lotheissen.** Die Ösophagoskopie beim Divertikel.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI. Hft. 4.)

L. hält es für notwendig, zur Sicherung der Diagnose eines Speiseröhrendivertikels die Ösophagoskopie mit heranzuziehen. Da bisher noch kein Traktionsdivertikel am Lebenden diagnostiziert wurde, läßt sich schwer sagen, ob hier die direkte Besichtigung bezüglich der Therapie viel Nutzen bringen könnte. Die Bedeutung für diese Divertikelform liegt wahrscheinlich auf dem Gebiete der Diagnose. Die eigentliche Domaine der Ösophagoskopie bilden die Pulsionsdivertikel, u. zw. sowohl die Grenzdivertikel, die ihren Sitz an der Grenze von Rachen und Speiseröhre haben, wie die tiefergelegenen. Wesentlich für die Erkrankung derselben ist der Nachweis einer Schwelle, welche den Eingang in den Schleimhautsack begrenzt. Diese Schwelle, die untere Umrandung des Divertikeleinganges, stellt einen Schleimhautwulst dar, der bald breiter, bald schmäler ist, aber scharf die eigentliche Speiseröhrenschleimhaut von der des Divertikels abgrenzt. In der Regel wird man bei der Untersuchung mit dem gewöhnlichen Tubus die Schwelle erst beim Herausziehen des Rohres aus dem Divertikel erblicken. Wichtig ist die Höhe, in der die Schwelle sich befindet, für die Frage, um welche Art eines Divertikels es sich handelt, d. h. ob noch ein Grenzdivertikel vorliegt oder nicht. Indessen gibt für die Klassifikation die obere Umrandung des Divertikels einen besseren und zuverlässigeren Anhaltspunkt. Ebenso gilt dies für die Feststellung der Breite des Stieles und Divertikelhalses, welche prognostisch von Wert ist. Die Technik des Verfahrens, die notwendige Vorbereitung, Kokainpinselung, Ausspülung, die Mängel der Untersuchungsröhren sind genauer geschildert. Therapeutisch erleichtert die Ösophagoskopie die Möglichkeit der Sondierung und schafft so Bedingungen, welche durch Schonung des Divertikels vor Anfüllung mit Speisen seine Verkleinerung ermöglichen.

E. Siegel (Frankfu.)rt a. M.

4) **W. D. Dobromysslow.** Zur Frage der transpleuralen Resektion des Ösophagus im Brustteil. (Experimentelle Untersuchung.)

(Russisches Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

Überzeugt, daß der extrapleurale Weg zur Resektion der Speiseröhre wenig gangbar sei, hat D. es versucht, den transpleuralen zu ebnen, gestützt auf zahlreiche Beobachtungen von der Ungefährlichkeit des Pneumothorax.

D. experimentierte an Hunden, die vorher, behufs Unterhaltung künstlicher Atmung mittels eines Blasebalges, tracheotomiert wurden. Zur Narkose wurde Äther benutzt.

Soll unterhalb der Bifurkation der Trachea operiert werden, so empfiehlt D. links einzugehen, andernfalls rechts.

Im 5. und 10. Interkostalraum wurde je ein 12—20 cm langer, 6—8 cm von den Proc. spin. entfernt beginnender Schnitt bis auf die Interkostalmuskeln geführt. Beide Schnitte wurden durch einen dritten peripheren vereinigt, so daß ein ⊐-förmiger, gegen die Wirbelsäule offner Schnitt entstand. Sodann fügte D. noch einen 2—4 cm von den Proc. spin. entfernten, der Wirbelsäule parallelen Schnitt durch die Weichteile von der 5. bis zur 10. Rippe hinzu. Nach Durchtrennung der Interkostalmuskeln und der Rippen, entsprechend dem ⊐-förmigen Schnitt, klappte er den so gebildeten Haut-Muskel-Rippenlappen nach hinten auf. Die kollabierte Lunge wurde nach oben gedrängt, die Pleura mediastinalis gespalten und die Speiseröhre freipräpariert, letztere dann zwischen zwei Klemmen mit beiden Vagi reseziert. Die Wiedervereinigung wurde durch Knopfnähte bewerkstelligt, die 1—$1^1/_2$ cm der Wand faßten. Dann folgte Reposition und Annähung des Haut-Muskel-Rippenlappens mit dreietagiger Naht, endlich die Aspiration der Luft aus der Pleura mit Hilfe eines negativen Druckes von 80 mm Hg.

Von den so operierten Hunden blieb einer am Leben. Vom 21. Tage nach der Operation erbrach er das Gefressene, verschlang aber das Erbrochene gleich wieder; in 9 Tagen ging diese Erscheinung vorüber. Das Tier wurde nach 33 Tagen vergiftet. Die Obduktion ergab einen vollen Erfolg der Operation. Zwei weitere Hunde gingen am nächsten resp. 3. Tage ein. Da sie stark geblähten Magen und Darm aufwiesen, resezierte D. weiterhin längere Zeit vor der Operation ein Stück des rechten Halsvagus in der Absicht, die Eingeweide an geringere Bewegungsfähigkeit zu gewöhnen. Bei der Operation wurde dann der andere Vagus reseziert. Die Blähung konnte auf diesem Wege nicht verhindert werden; die (beiden) so operierten Tiere gingen ein.

Nun griff D. zur palliativen Gastrostomie. Der erste gastrostomierte Hund überstand die Ösophagusresektion glatt. Vom 15. bis 33. Tage erbrach er in der eben erwähnten Weise. Nach 66 Tagen wurde er getötet und völlige Heilung der Ösophagusnaht gefunden mit leichten Verklebungen der Pleura.

Weitere drei gastrostomierte Hunde gingen in 2—9 Tagen an Pleuraempyem zugrunde, von denen zwei auf Insuffizienz der Speiseröhrennaht zurückzuführen waren, eins auf primäre Infektion.

Von den 9 Fällen, die für die Kritik in Betracht kommen, führten 5 zu Empyemen, davon 4 infolge technischer Fehler, die, wie aus den Protokollen hervorgeht, dreimal wohl zu vermeiden gewesen wären. Ein Tier bekam eine »serofibrinöse Pleuritis«. Nur drei kamen mit ganz gesunden Pleuren davon.

Es ist also möglich, die ganze Speiseröhre bei Hunden auf transpleuralem Wege mit vollem Erfolge zu resezieren, wenn die Infektion der Pleura vermieden und die Luft aus ihr aspiriert wird.

V. E. Mertens (Breslau).

---

5) **H. A. Kelly.** The early history of appendicitis in Great Britain.

(Glasgow med. journ. Bd. LX. 1903. p. 81).

Aus der rein geschichtlichen Abhandlung sei hier nur erwähnt, daß über Appendicitis von englischen Autoren zuerst Perkinson im Jahre 1812 berichtet hat, und daß bereits 1848 von Hancock eine Frühoperation ausgeführt wurde, indem er auf eine Geschwulst der Ileocoecalgegend einschnitt, bevor deutliche Zeichen eines Abszesses vorhanden waren. Das Erscheinen von Kotsteinen im Wundsekret wies auf den Wurmfortsatz als Ursprungsort hin. Im ganzen sind in der englischen Literatur die Mitteilungen über Appendicitis recht spärlich bis zu den letzten Jahrzehnten, in denen auch England sich an der Hochflut einschlägiger Publikationen stark beteiligt.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

6) **M. J. Rostowzew.** Einige Eigentümlichkeiten der Temperatur bei Perityphlitis.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 40.)

R. wendet die Aufmerksamkeit auf ein Symptom, das — im Verein mit anderen — die Prognose bei Perityphlitis stellen läßt. Er sah, daß bei Perityphlitis die höchste Temperatur nicht um 4—6, sondern um 9—10 Uhr abends erreicht wird, dabei desto öfter, je schwerer der Fall ist. Folgende Tabelle — vom Verf. zusammengestellt — beweist das.

	Zahl der Fälle	Zahl der Messungen	Höchste Temp. um 9—10 Uhr % der Fälle	Höchste Temp. um 4—6 Uhr %	Um 9—10 u. 4—6 gleich hohe Temp. %
Leichte Fälle (nicht operiert	22	164	36,0	54,9	9,1
Schwerere Fälle vor der Operation . . .	22	64	60,0	40,0	—
Schwerere Fälle nach der Operation . . .	21	375	45,6	46,1	8,3
Die schwersten Fälle .	9	86	65,1	34,9	—
Alle zusammen	52	686	44,8	43,5	11,7

Zum Schluß kommen die Temperaturkurven von 3 typischen Fällen.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

7) **Sonnenburg.** Über Netztorsionen, intraabdominelle und im Bruchsacke.

(Arch. internat. de chir. Vol. I. Fasc. 1.)

Die mehrfachen Torsionen des Netzes in einem Bruchsack oder außerhalb desselben gehören zu den seltensten Vorkommnissen. Die letztere Art gibt klinisch öfter Anlaß zur Verwechslung mit einer perforativen Appendicitis. Eine besondere Art der abdominellen Netztorsionen bildet die Drehung des Mesenteriolum. Der Fall des Verf. betrifft einen Mann, der einen rechtsseitigen Leistenhoden hatte, zu dem sich ein irreponibler, keine Inkarzerationserscheinungen machender Bruch gesellte. Es handelt sich um einen um seinen Stiel mehrfach gedrehten Netzklumpen. Die Verbindung von Leistenhoden mit Netztorsion findet sich verhältnismäßig häufig.

Im Anschluß hieran bespricht Verf. noch kurz die Torsionen des Samenstranges und der Eierstockscysten, die zu ähnlichen Erscheinungen führen und zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben können. Die Hauptbedingungen zum Zustandekommen einer Netzdrehung sind der lange Stiel und die freie Geschwulst, das »plumpe hypertrophierte« Netz; doch scheinen noch andere Verhältnisse mitzuspielen.

Die Prognose, die im Anfang eine günstige ist, verschlechtert sich bei längerem Bestehen der Torsion. **Engelmann** (Dortmund).

---

8) **Petrulis.** Einige Modifikationen in der Radikaloperation der Leistenhernie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI. Hft. 4.)

Die erste Modifikation betrifft die Vornahme der Operation der Leistenbrüche ohne versenkte Nähte, um auf diese Weise die späteren Eiterungen zu vermeiden. Dies geschah nach einer näher beschriebenen, von Rasumowsky ersonnenen Methode, die in zwei Modifikationen gehandhabt wird, und im allgemeinen nach den Prinzipien des Bassini'schen und Kocher'schen Verfahrens. Ohne Störungen im Wundverlauf ist es nicht immer abgegangen, Rezidive werden ebenfalls beschrieben, und der einzige Vorzug vor den bisher geübten Methoden scheint in der Tat nur die Möglichkeit zu sein, Späteiterungen zu vermeiden. Die ursprünglich weitergehende Indikationsstellung für diese Operationsmethode wurde in der letzten Zeit etwas enger begrenzt. Dieselbe fand ihre Anwendung nur noch bei kleinen und mittelgroßen Brüchen des jugendlichen und mittleren Lebensalters, in Fällen also, die von vornherein gute Resultate erwarten ließen.

Der zweite Punkt, den Verf. eingehender behandelt, betrifft die Belassung des Bruchsackes in situ, um die schweren Schädigungen, die oft durch das Loslösen des ganzen Bruchsackes an dessen Resten und am Samenstrang gesetzt werden, zu vermeiden. In 19 Fällen

wurde nur der Hals in der Gegend des inneren Leistenringes abpräpariert, der übrige Teil des Bruchsackes im Hodensack belassen und der Leistenkanal in gewöhnlicher Weise, d. h. ohne Nähte, verschlossen. Anscheinend trat in allen Fällen eine völlige Verödung des Bruchsackes ein, selbst wenn es zu einer vorübergehenden Flüssigkeitsansammlung gekommen war. Verf. empfiehlt deshalb diese Modifikation der Beachtung der Kollegen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

9) **F. Kaiser.** Über die Bedeutung des Lig. rotundum uteri bei Herniotomien.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LXIX. Hft. 2.)

Verf. beobachtete 4 Pat. mit Retroflexio uteri, deren erste Beschwerden kürzere Zeit nach einer Radikaloperation eines Leistenbruches aufgetreten waren. Dies legt den Gedanken nahe, daß bei der Radikaloperation die Ligamenta rotunda verletzt waren. Einen Beweis hierfür zu erbringen, war deshalb unmöglich, weil die Frauen eine operative Beseitigung der Retroflexio verweigerten. Die Möglichkeit einer solchen Verletzung ist aber entschieden vorhanden, da das Band dem Bruchsack mehr oder minder innig anliegt und in seinem peripheren Teile von ihm gelöst werden muß. Verf. gibt daher den Rat, den losgelösten Teilen des Bandes durch Vernähen wieder eine neue Insertion zu geben. Freilich gibt er zu, daß die Frage nach der funktionellen Bedeutung der Bänder heute noch eine offene, und daß viele Autoren einen Einfluß derselben auf die normale Lage des Uterus überhaupt leugnen.

Coste (Straßburg i. E.).

---

10) **A. W. Mayo Robson.** The operation of gastro-enterostomy with indications for its performance.

(Arch. intern. de chir. Vol. I. Fasc. 1.)

Vielleicht keine Operation illustriert besser den Fortschritt der Chirurgie als die Gastroenterostomie. Von den bis 1885 publizierten Fällen endeten noch 65,7% tödlich, während die Sterblichkeit heutzutage nur mehr 5% beträgt (letzte Serie des Verf.). Diese besseren Erfolge sind — abgesehen von der Operationstechnik — dem frühzeitigeren Eingreifen und der zweckmäßigeren Nachbehandlung (Ernährung!) zu verdanken. Was die Indikation zur Operation anlangt, so zählt Verf. nicht weniger wie 20 Erkrankungen auf, bei denen sie in Frage kommen kann. Bei gutartiger Pylorusstenose hat Verf. die Pyloroplastik zugunsten der Gastroenterostomie wieder aufgegeben. Selbst bei inoperablen, großen Pylorusgeschwülsten sind die Erfolge oft recht gute, über Jahre hinaus dauernd.

Verf. führt die hintere Gastroenterostomie aus mit fortlaufender Naht um einen dekalzinierten Knochen herum. Nach der Operation gibt er dem Pat. sehr bald Nahrung per os.

Die Einzelheiten werden durch zahlreiche instruktive und ausführliche Krankengeschichten erläutert. **Engelmann** (Dortmund).

11) **Bachinelli.** Contributo allo studio delle condizioni impedienti il circolo vitioso nella gastroenterostomia posteriore inferiore a mezzo del bottone del Murphy.

(Policlinico 1903. Ser. chir. Nr. 10.)

Normalerweise stehe die Ausmündung des Choledochus ungefähr gleich hoch mit der großen Kurvatur, bei Dilatation rücke letztere tiefer. Mache man nun eine Gastroenterostomie am tiefsten Punkte, so könne der Duodenalinhalt gleichmäßig längs der zuführenden Schlinge abfließen; lege man ihn höher an, gebe es eine Knickung oder er staue sich doch im Duodenum an, um dann durch peristaltische Welle auf einmal in den Magen rückwärts oder durch die Anastomose geworfen zu werden. Daher legt B. die letztere an der Hinterwand, an der Grenze von mittlerem und rechtem Magendrittel nahe der großen Curvatur an, mit vertikaler Inzision des Magens, nimmt die zuführende Schlinge ca. 18 cm lang und verwendet den Murphyknopf. In zwölf hinter einander operierten ausführlich mitgeteilten Fällen glaubt er so den Circulus vitiosus vermieden zu haben. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

12) **Katzenstein.** Die Behandlung der Fissura ani.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 12.)

Nach kurzer Besprechung des Krankheitsbildes der Fissura ani wendet sich Verf. gegen die Ansicht Rosenbach's, der in dem bei der Fissur vorkommenden Sphinkterkrampf eine Krankheit sui generis sieht. K. hält den Sphinkterkrampf als Folge der Fissur, trotzdem es sich bei derselben nur um einen kleinen Epitheldefekt handelt, möglich, da der Sphinkter eine physiologische Sonderstellung einnimmt, indem derselbe sich schon beim Fortbewegen der Kotsäule kontrahiert, geschweige denn erst infolge des Reizes, der von einer epithellosen Schleimhautstelle ausgeht. Trotzdem demnach der Epitheldefekt die Ursache des Krampfes ist, kommt man mit Heilung des Defektes nicht zur Heilung des Leidens, da durch die Kotstagnation das anfänglich elastische Darmrohr unnachgiebig wird und auf diese Weise unter dem bei jeder Kotentleerung stattfindenden Sphinkterkrampf neue Defekte entstehen.

Zum Ziele führen kann also nur eine Therapie, die ihr Augenmerk auf Beseitigung des Epitheldefektes und des Sphinkterkrampfes zugleich richtet. K. erreicht das Ziel auf medikamentöse Weise durch Einlage von dünnen Wattestückchen, die mit folgender, vor dem Gebrauch zu erwärmenden Lösung getränkt sind: Extr. Belladonnae 0,5, Cocain. mur. 0,05, Ammon. sulf.-ichthyol. ad 6,0.

Die Einlagen haben täglich 1—2mal, 8—14 Tage lang zu geschehen. **Silberberg** (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

13) **A. Leroy et Maistreau.** Corps étranger de l'oesophage. Gastrotomie.

(Arch. méd. belges 1903. April.)

Ein Mann von 30 Jahren hatte im Schlafe sein künstliches Gebiß verschluckt, welches in der Gegend der Kardia stecken blieb. Mittels Röntgenstrahlen konnte man nichts wahrnehmen, wohl aber durch Sondierung von oben her den Fremdkörper etwa 35 cm von den Zähnen entfernt tasten. Die Gastrotomie fand am 14. Tage nach dem Unfalle statt. Öffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie. Beim Abtasten der Kardiagegend stand mehrere Male die Respiration still, so daß künstliche Atmung nötig wurde. Der Magen wurde auf der Vorderwand etwa gleich weit von beiden Kurvaturen $2^1/_2$ cm lang geöffnet, der Zeigefinger eingeführt, die Magenwand bis an die Basis des Fingers vorgezogen und dort mittels Fadens nach Tabakbeutelart festgehalten. Die Spitze des Zeigefingers entdeckt das Gebiß direkt oberhalb der Zwerchfellöffnung in der Speiseröhre. Mittels einer Sonde vom Munde her wurde es dem Finger entgegen gedrückt, so daß dieser sich anhaken und das Gebiß in den Magen ziehen konnte, von wo es leicht extrahiert wurde. Naht des Magens und der Bauchwand. Glatte Heilung. — Richardson (Boston) entfernte auf dieselbe Weise ein Gebiß, mußte jedoch mit der ganzen Hand in den Magen gehen. W. Bull (Neuyork) entfernte 1887 durch Mageneröffnung einen Pfirsichkern aus der Speiseröhre, indem er vom Munde her eine feine Sonde in den Magen leitete, ein Schwämmchen an diese band und den Kern zum Munde herauszog. Finney (Baltimore) entfernte (1892) ebenfalls einen Pfirsichkern, zog ihn jedoch mittels Sonde und Schwämmchen von oben her in den Magen herab. Körte dagegen zog (1896) den Fremdkörper mittels Drains und Fadenschlinge nach oben. Weitere Fälle sind von Lejars (1899) und Thiriar (1900) veröffentlicht. (Siehe den interessanten Fall Gottstein's aus der v. Mikulicz'schen Klinik. Deutsche med. Wochenschrift 1901 N. 20. Red.)

E. Fischer (Straßburg i. E.).

14) **W. N. Orlow.** Zur Frage vom Platzen der Bauchwandnarbe nach Laparotomien.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 20.)

15) **A. N. Simin.** Zwei Fälle von Platzen der Narbe nach Laparotomien.

(Ibid. Nr. 38.)

O. beschreibt zwei Fälle nach Kaiserschnitt: im ersten starker Husten, Meteorismus; die Narbe platzte am 10. Tage nach Entfernung der Nähte. Im zweiten bildete sich infolge schwerer Arbeit nach 3 Monaten ein Bruch in der Narbe, nach 5 Monaten eine Usur an der Spitze des Bruches und Netzvorfall. Erst nach weiteren 3 Monaten kam Pat. mit starker Eiterung aus dem granulierenden Netze zur Operation.

In der Literatur fand O. noch 24 ähnliche Fälle.

S. sah zwei Fälle nach Gastroenterostomie (Pyloruskarzinom, Gumma pylori), wo die Narbe nach Abnahme der Nähte platzte, im ersten Falle 8 Tage nach der Operation, im zweiten nach 7 Tagen; in letzterem Falle wurde die Wunde tamponiert, später partiell genäht, und noch zweimal fielen das Netz bezw. der Dünndarm vor. S. sieht die Ursache des Platzens der Narbe in Schwächung der Pat. durch Syphilis, Alkoholismus, Krebs usw. **Gückel** (Kondal, Saratow).

16) **B. K. Finkelstein.** Zur Frage von der operativen Behandlung der Schußwunden der Bauchhöhle.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 39.)

Sechs Fälle. In Fall I (Wunde des Colon ascendens) und Fall VI (Colon descendens) wurde die Operation verweigert und trat am 2. resp. 3. Tage der Tod

ein. Fall III: Das Mädchen erhielt eine Schrotladung in die seitliche Lebergegend; starke Blutung in die Bauchhöhle. Laparotomie am nächsten Morgen, Tampon unter die Leber. Heilung. Fall IV: Magen durchschossen, ebenso Leber und Pankreas. Laparotomie, Naht der Magenwunde. Tod. Die Leber- und Pankreasverletzung wurde erst bei der Sektion gefunden. Fall II und V: Vier resp. sechs Wunden am Dünndarm und drei resp. vier am Mesenterium. Laparotomie nach 2 Stunden, Naht der Wunden, Heilung. — Alle Pat. waren im jugendlichen Alter — 13—26 Jahre — und kamen bald nach dem Unfall in Behandlung. F. spricht sich für die Laparotomie aus. **Gückel** (Kondal, Saratow).

17) W. Weber. Über operative Behandlung der progredienten eitrigen Peritonitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 2.)

Verf. teilt die große Gruppe der progredient eitrigen Peritonitiden ein in Fälle mit Verklebungen und solche ohne solche. Als Charakteristikum für die erste Form wird das Fortschreiten einer eitrigen Peritonitis mit Bildung fester Verwachsungen unter dem klinischen Bilde einer ausgedehnten peritonealen Infektion betont, unter der zweiten Form diejenigen Fälle zusammengefaßt, in denen das der Einbruchsstelle benachbarte Bauchfell so plötzlich und heftig infiziert wird, daß die Entzündung sich schnell über einen großen oder den allergrößten Teil des Bauchfelles ausbreitet, ohne ihm Zeit zur Bildung von Verklebungen zu lassen.

Aus der chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses Friedrichsstadt zu Dresden werden nun 33 Fälle progredient eitriger Peritonitis aufgeführt, und zwar 26 Fälle von solchen ohne Verklebungen, 7 Fälle von solchen mit Verklebungen. Als Ausgangspunkte der Eiterung ergaben sich: 1mal ein tuberkulöses Geschwür im Dünndarm, 2mal ein Magengeschwür, 3mal eine Salpingitis purulenta, 1mal eine Volvulusoperation, 2 zweifelhafte Fälle und 24mal der Wurmfortsatz.

Die meisten Erfolge wies die Behandlung der Peritonitis nach Appendicitis auf. Sehr deutlich war der Einfluß der seit Beginn der schweren peritonitischen Symptome verstrichenen Zeit auf den Ausgang der Operation. Es wurden nämlich innerhalb der ersten 24 Stunden operiert 5 Kranke mit 5 Heilungen, innerhalb der zweiten 24 Stunden 15 Kranke mit 5 Heilungen, innerhalb der dritten 24 Stunden und später 11 Kranke mit 3 Heilungen.

Bezüglich der Operationstechnik wird hervorgehoben, daß bei den ersten 20 Fällen mannigfache Inzisionen, ausgedehnte Drainage mit Gummidrains und reichliche Spülung mit physiologischer Kochsalzlösung in Anwendung kamen. Bei den letzten 13 Fällen wurde ein vollständig abweichendes Verfahren eingeschlagen. Von einem Schnitte in der Mittelline zwischen Nabel und Symphyse, manchmal auch noch mit einem senkrecht daraufgesetzten Schnitte wird der eitrige Inhalt des Bauches ablaufen gelassen; darauf wird die Infektionsquelle aufgesucht und möglichst beseitigt und dann zunächst die untere Bauchhälfte bis in die tiefsten Gruben hinein, darauf ebenso die obere Hälfte mit trockenen sterilen Kompressen vollkommen ausgetupft. Darauf folgt Tamponade mit mehreren streifenförmig zusammengelegten Gazekompressen. Verf. glaubt, daß die zeitliche Übereinstimmung zwischen der sehr vermehrten Heilungsziffer und der neuen Operationstechnik zu auffallend sei, als daß man nicht einen kausalen Zusammenhang annehmen sollte. **Blauel** (Tübingen).

18) J. Peiser. Über Hypästhesie bei Appendicitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 41.)

P. hat, mit Untersuchung der Hautsensibilität über Eiterungen beschäftigt, unter elf von ihm beobachteten Fällen von Appendicitis in neun eine deutliche Sensibilitätsstörung, und zwar in sechs Hypästhesie, in zwei Hyperästhesie und in einem zuerst jene, dann diese in der rechten Unterbauchgegend nachweisen können. Er gibt keine Erklärung für diese Befunde, stellt aber zum Schluß eine Reihe von Fragen, für deren Beantwortung ein größeres Material notwendig ist.

Kramer (Glogau).



19) **Th. A. Goodfellow.** A case of pylephlebitis following perityphlitis, with notes on the occurrence of urobilinurie.

(Med. chronicle 1903. August.)

Der ausführlich mitgeteilte Fall interessiert einmal durch die diagnostischen Schwierigkeiten, die er darbot, dann durch das Auftreten von Urobilin im Harn zu der Zeit, als sich die Leberaffektion entwickelte. Nach kurzer Besprechung der verschiedenen Ansichten über die Entstehung des Urobilins neigt H. dazu, die unter dem Einfluß von Entzündungserregern stehenden Leberzellen selbst als den Ursprungsort anzusehen und weist darauf hin, daß der Nachweis des Urobilins in der Diagnostik komplizierender Lebererkrankungen bei Appendicitis möglicherweise eine wichtige Rolle spiele und deshalb weiterer Aufmerksamkeit bedürfe. **Kleinschmidt** (Kassel).

20) **Hanley.** Appendectomie, oxyuris vermicularis in the appendix.

(Buffalo med. journ. 1903. Oktober.)

35jährige Pat. mit chronisch-appendicitischen Beschwerden seit $1^1/_2$ Jahren. Der entfernte Wurmfortsatz etwas verdickt, ohne schwerere entzündliche Veränderungen, seine Lichtung ganz mit Oxyuren gefüllt. Verf. erhob unter mehr als 500 Fällen zum erstenmal diesen Befund. **Mohr** (Bielefeld).

21) **Michaux.** Absence of the appendix vermiformis.

(Virginia med. semi-monthly 1902. September 12.)

M. berichtet über zwei Fälle, welche unter der Diagnose Appendicitis operiert wurden; ein Wurmforts war jedoch nach dem Operationsbefund überhaupt nicht vorhanden, und es handelte sich einmal um einen perinephritischen Abszeß, das andere Mal um ein cystisches rechtes Ovarium. **Mohr** (Bielefeld).

22) **F. B. Jefferis.** Symptomatic parotitis following strangulated hernia.

(Lancet 1903. Dezember 12. p. 1648.)

3 Tage nach einer lokal günstig verlaufenden Operation eines eingeklemmten Nabelbruches bei einer 68jährigen Pat. auftretende akute, nicht spezifische Parotitis, die nach 2tägigem Verlaufe zum Tode führte. Verf. hält die auf Laparotomien und abdominale Erkrankungen folgende eitrige Parotitis für selten.

H. Ebbinghaus (London).

23) **Demostene** (Bukarest). Über die in der rumänischen Armee operierten Hernien mit einer Statistik.

(II. Kongreß der rumänischen Gesellschaft für den Fortschritt und die Verbreitung der Wissenschaften. Sitzung vom 22. September 1903.)

Das Vorhandensein eines Bruches bildet heute in der rumänischen Armee keinen Befreiungsgrund vom aktiven Dienste, vielmehr werden die betreffenden jungen Leute der Radikaloperation unterworfen und hierdurch nicht nur ein leistungsfähiger Soldat, sondern für späterhin der Gesellschaft auch ein tüchtiger Bürger erhalten. Im Laufe von 11 Jahren wurden auf diese Weise 1642 Soldaten von ihren Hernien befreit. **E. Toff** (Braila).

24) **Jaubert.** Hernie inguino-interstitial étranglée depuis deux jours. Ectopie testiculaire. Kélotomie. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1903. September.)

Bei einem Manne zeigte sich plötzlich eine Anschwellung in der rechten Leistengegend, zu welcher sich Einklemmungserscheinungen (Bauchschmerzen, Erbrechen) hinzugesellte. Vor der Operation wurde festgestellt, daß der Hodensack

leer, der linke Hode in der Gegend des linken äußeren Leistenringes, der rechte überhaupt nicht zu fühlen war. Nach Spaltung der vorderen Wand des Leistenkanals traf man zuerst auf den mit Flüssigkeit gefüllten und den Hoden enthaltenden Vaginalsack, nach oben von ihm und mit ihm in Verbindung stehend lag der eigentliche Bruchsack mit eingeklemmten Darm und Netz. Die Einklemmung fand aber nicht im inneren Leistenring, sondern in einem Spalte des schrägen äußeren Bauchmuskels statt. Der Darm war nicht brandig, er konnte reponiert werden; einen Teil des Netzes resezierte man. Die Muskelbruchpforte und die äußere Wand des Leistenkanals wurden durch einige Nähte geschlossen, den Hoden ließ man an Ort und Stelle liegen, da der Zustand des Kranken eine Verlängerung der Operation nicht gestattete.

Ausgang in Heilung und Dienstfähigkeit. **Herhold** (Altona).

25) Schöne. Beiträge zur Magen-Darmchirurgie. III. Über Inkarzeration des Wurmfortsatzes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Nach Anführung der gesamten einschlägigen Literatur über Wurmfortsatzeinklemmungen bespricht Verf. einen weiteren Fall aus der chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses Friedrichstadt zu Dresden. Es fand sich im Bruchsack neben einer Dünndarmschlinge der größte Teil des Wurmfortsatzes eingeklemmt. Pat. starb 6 Tage nach der Operation an Peritonitis, entstanden durch Perforation von Dehnungsgeschwüren am Blinddarm. Am resezierten Wurmfortsatz fand sich ein 4 cm langer, nekrotischer Abschnitt, ohne daß Kotsteine, Fremdkörper oder Schleimansammlungen im Innern vorhanden waren. Trotz dieser Veränderungen glaubt Verf. aus verschiedenen Gründen eine vorausgegangene Appendicitis ausschließen zu können und nimmt an, daß es sich mit größter Wahrscheinlichkeit um eine primäre Einklemmung des Wurmfortsatzes gehandelt habe. Die Nekrotisierung faßt er als die Folge einer übermäßigen Dehnung des mit einem Teile des distalen Endes an der Bruchsackwand fixierten Wurmfortsatzes auf. **Blauel** (Tübingen).

26) A. E. Maylard. Two cases of strangulated femoral hernia in which enterectomy was successfully performed.

(Glasgow pathol. and clinical society 1903.)
(Glasgow med. journ. Bd. LX. p. 117.)

Im ersten Falle (45jährige Frau) wurde 22 Stunden nach der Einklemmung primär der Darm reseziert; im zweiten (22jährige Frau) konnte er 23 Stunden nach der Einklemmung noch reponiert werden. 23 Tage später Erscheinungen von Darmverschluß. Bei der Laparotomie erwies sich das eingeklemmt gewesene Stück als stenosiert und mit der Hinterwand des Uterus verwachsen, daher Resektion. In beiden Fällen End-zu-End-Vereinigung. Heilung.

M. v. Brunn (Tübingen).

27) Chadbourne. A case of diaphragmatic hernia; death from acute distention.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. August.)

30jähriger Epileptiker stirbt innerhalb 12 Stunden unter Schmerzen in der Magengegend, Dyspnoe, Auftreibung des Leibes. Die Sektion ergibt eine wahrscheinlich angeborene Zwerchfellücke links, durch welche der stark aufgetriebene Magen, das Netz, ein großer Teil des Dickdarmes in die linke Brusthöhle ausgetreten war. Der Darm war wenig über dem Blinddarme geknickt. Der Tod ist vermutlich auf die plötzliche Ausdehnung der ausgetretenen Organe und Druck auf Herz und Lungen zurückzuführen. Unter 282 Fällen fand sich die Zwerchfellhernie 261mal links. **Bender** (Leipzig).



28) **R. Loevy.** Méthode des greffes péritonéales; ses applications.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVIII. ann. 6. sér. Nr. 7.)

Mitteilung von vier Operationsgeschichten, von Mauclaire und Tuffier stammend, in denen die Verwendung von Netzstreifen zur Bedeckung blutender Stellen bezw. zur Ausfüllung klaffender Höhlenwunden berichtet wurde; zweimal waren es Uteruswunden nach Enukleation von Myomen, einmal betraf es Leberwunden (Probepunktionen und -exzision), endlich eine Echinokokkusblase.

Tuffier bezeichnet das Verfahren einfach als »Loewyte« — was historisch wohl nicht ganz zutreffend ist. **Christel** (Metz).

29) **Monnier.** Gastrotomie pour l'extraction de vingt-cinq corps étrangers, dont 8 cuillères à café et 1 fourchette; guérison.

(Bull. de l'acad. de méd. 67. ann. 3. sér. Nr. 34.)

Von 78 in der Literatur bekannten Gastrotomien wegen Fremdkörpern im Magen kommt die vorliegende Beobachtung an zweite Stelle, was die Masse und Zahl der entfernten Gegenstände betrifft; als erster figuriert der von Halsted. 17mal enthielt der Magen mehrere Stücke, 60mal nur eins.

Die Fremdkörper werden vom Magen meist gut, oft jahrelang vertragen (bis zu 16 Jahren). Sie können jedoch die Wände schädigen, durchbrechen, zu Abszessen Veranlassung geben, freilich auch ganz reaktionslos durch die Magenwand in die freie Bauchhöhle gelangen (Le Dentu, Gemmel).

Wo die Anamnese nicht auf das Verschlucken von Fremdkörpern hinleitet, wird die Diagnose oft kaum gestellt werden können; denn selbst die Untersuchung mittels Röntgenstrahlen kann — wie im vorliegenden Falle wunderbarerweise — im Stiche lassen. Die Einverleibung solcher Gegenstände geschieht entweder — selten — aus Versehen, oder in prahlerischer Absicht, oder — vorwiegend — unter dem Einfluß von Wahnideen.

Zur Ausführung der im allgemeinen einzeitig vorzunehmenden Gastrotomie empfiehlt M. die schräge Inzision (nach Labbé); die Öffnung im Magen muß den Bedürfnissen entsprechend groß angelegt werden, wenn besonders in der Cardia hängengebliebene Fremdkörper zu erfassen sind. **Christel** (Metz).

30) **P. Cohnheim.** Chirurgische Übergriffe bei der Behandlung der Gastroptose und ihre Abwehr.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1903. Nr. 13 u. 14.)

Th. Rovsing beschrieb (Ref. Zentralbl. f. Chir. 1900 p. 210) vier ungewöhnlich schwere Fälle von Gastroptose. Als Ultimum refugium nahm er in dreien eine Gastropexie, im vierten eine Gastroenterostomie vor. Die Gastropexien lieferten einen sehr guten, die letztgenannte Operation insofern einen Teilerfolg, als die Pat. nach erfolgter Besserung an einem interkurrierenden Leiden starb.

C. wendet sich daraufhin mit großer Schärfe gegen jedes chirurgische Vorgehen bei Gastroptose, weil erstens diese nicht die Ursache, sondern die Folge der Abmagerung sei und weil zweitens jede Enteroptose und ihr Teilbild, die Gastroptose, durch eine Mast-, Ruhe- und Massagekur geheilt werden könne. 5 Krankengeschichten beschließen die Ausführungen, mit welchen C. einen großen Teil der übrigen neueren Magenchirurgie mit verurteilt hat, welche vielfach auch nur die Folgen und nicht die Ursachen der Erkrankung zu beseitigen vermag und welche, wie Rovsing's Verfahren bei Magensenkung, den letzten Heilversuch bilden muß, wenn die innere Behandlung nichts gefruchtet hat oder aus sozialen Gründen nicht genügend durchgeführt werden konnte.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

31) **Schönholzer.** Die Chirurgie des Magenkrebses an der Krönlein'schen Klinik in den Jahren 1881—1902.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die außerordentlich umfassende Arbeit wird eingeleitet durch ein »Vorwort von Prof. Krönlein«, in welchem derselbe auf seinen gelegentlich des XXXI. Kon-

gresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gehaltenen Vortrag »Über den Verlauf des Magenkarzinoms bei operativer und bei nichtoperativer Behandlung« hinweist. Die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegenden Untersuchungen werden dabei als die wesentliche Basis der damaligen Ausführungen bezeichnet.

Das verwertete Material umfaßt 264 Fälle, und zwar in Gruppe A 140 nicht operierte Fälle (wobei 73 Probelaparotomien eingerechnet sind) und in Gruppe B 124 operierte Fälle (74 Gastroenterostomien und 50 Gastrektomien). Über das Schicksal fast aller dieser Kranken konnten genaue Auskünfte erhalten werden.

Verf. stellte sich folgende Fragen zur Beantwortung:

1) Ist nach den heutigen Erfahrungen einem Magenkrebskranken ein operatives Vorgehen anzuraten?

2) Ist die Probelaparotomie als frühdiagnostisches Mittel bei Verdacht auf Magenkrebs berechtigt?

3) Besitzt die Gastrektomie nur den Wert einer Palliativoperation, oder ist der Magenkrebs durch diese Operation wirklich heilbar?

4) Vermag die Gastroenterostomie das Leben zu verlängern oder zum mindesten genießbarer, erträglicher zu gestalten?

Aus der Fülle des Stoffes kann ich hier nur die vom Verf. selbst herausgehobenen kurzen Zusammenfassungen wiedergeben; sie enthalten auch den Kern der wertvollen Ergebnisse.

Das Ergebnis, welches aus den Untersuchungen über die Gruppe A (nicht operierte Fälle) gezogen werden kann, lautet:

53 nicht operierte Pat. — weil inoperabel — mit einer mittleren Lebensdauer von 73 Tagen; 14 Pat., welche operabel erschienen, aber die vorgeschlagene Operation ablehnten, mit einer Lebensdauer von 200 Tagen zwischen dem Tage der Untersuchung durch den Chirurgen bis zum Tode; 73 Probelaparotomierte, von welchen 7 innerhalb der 11 ersten Tage nach dem Eingriff starben (Mortalität 9,5%) und 63 noch um 105 Tage im Mittel die Operation überlebten.

Die Untersuchungen über die Spätresultate bei Gastroenterostomien ergaben:

Die Gastroenterostomie bei Magenkarzinom ist eine segensreiche Operation, wenn sie in Fällen unexstirpierbarer Pyloruskrebse gemacht wird, welche noch keine allzu große Ausbreitung genommen haben, und welche in der Art des Wachstums, in Zahl und Lokalisation der Metastasen, sowie in der Ausdehnung der Verwachsungen mit der Umgebung keinen speziell malignen Charakter aufweisen. Die Gastroenterostomie verlängert das Leben im Mittel um 100 Tage, macht es genießbarer und erträglicher.

Die Gastrektomie (50 Fälle) wies eine Sterblichkeit von 28% auf. 22 Gastrektomierte, welche einem Rezidiv ihres Leidens erlagen, lebten nach der Operation im Mittel 1 Jahr und $5^1/_2$ Monate. 12 Gastrektomierte waren zur Zeit des Abschlusses der Nachforschungen noch am Leben; 2 von ihnen können als dauernd geheilt betrachtet werden, da 8 resp. 4 Jahre seit der Operation verflossen waren. Der Magenkrebs kann also durch die Gastrektomie dauernd geheilt werden. Als Palliativoperation betrachtet, hat die Resektion eines krebsigen Magens einen viel größeren Wert als die Gastroenterostomie. Denn es konnte kein Radikaloperierter gefunden werden, welcher durch den Eingriff nicht etwas gewonnen hätte. In den meisten Fällen war die Wohltat des Eingriffes eine große.

Den Anhang bildet noch die kurze Zusammenstellung der vom März 1902 bis Ende Dezember 1902 wegen Karzinom ausgeführten Operationen. Es waren 17 Gastroenterostomien mit 3 Todesfällen und 5 Resektionen mit 1 Todesfall.

Blauel (Tübingen).

32) **M. v. Čačković.** Behinderte Motilität des Magens durch perigastritische Adhäsionen. Gastroenterostomia antecolica mit Enteroanastomose des Jejunum mittels Murphyknopf nach M. Schmidt's Modifikation.

(Liečnički viestnik 1903. Nr. 6. [Kroatisch.])

Hervorzuheben ist, daß v. C. zur Ausführung der Enteroanastomose mit Murphyknopf nach M. Schmidt's Modifikation (vgl. dies. Zentralblatt 1901 Nr. 4) nur



zwei Minuten weniger eine Sekunde brauchte. Verf. ging auf folgende Weise vor. Eröffnung des Darmes, Einführung einer Knopfhälfte in den zuführenden, der anderen in den abführenden Schenkel. Beendigung der Gastroenterostomie. Verschiebung der Knopfhälften auf ca. 20 cm von der Gastroenterostomie, laterale Gegenüberstellung der Knopfzylinder. Über denselben wird rund eingeschnitten, daß sie gerade durch die Öffnung hindurch gedrückt werden können. Schluß des Knopfes, keine Lembertnähte. Verf. empfiehlt auf das wärmste diese Modifikation, da mit derselben die Enteroanastomose bedeutend rascher als durch Naht ausgeführt werden kann. (Selbstbericht.)

33) T. C. English. Remarks on 50 consecutive cases of perforated gastric and duodenal ulcer treated by laparotomy.

(Lancet 1903. Dezember 19. p. 1707.)

Die Arbeit betrifft 50 Fälle von perforiertem Magen- oder Duodenalgeschwür, die im Laufe der letzten 10 Jahre am St. Georges-Hospital laparotomiert wurden. In 42 Fällen bestand Magengeschwür, in 8 Duodenalgeschwür. Magengeschwüre fanden sich bei 33 weiblichen Pat. mit einem Durchschnittsalter von 26,4 Jahren, und 9 männlichen, durchschnittlich 37,3 Jahre alt; die Duodenalgeschwüre betrafen 6 Männer, im Durchschnitt 34,6 Jahre alt, und 2 Frauen von durchschnittlich 24,5 Jahren. Die Heilungen betrugen bei Perforation von Magengeschwür 52%, bei perforierten Duodenalgeschwüren 25%. Häufig fanden sich mehrfache Geschwüre, einmal erfolgte aus einem anderen Geschwür eine tödliche Nachblutung. In den letzten Jahren besserten sich die Resultate bedeutend, 1898 z. B. starben von 6 Pat. mit perforiertem Magengeschwür 5, 1903 1 von 7.

In der Anamnese der 50 Fälle fand sich Blutbrechen überhaupt nur 8mal, direkt der Perforation vorausgehend nur 2mal. Ohne besondere Vorboten eingeleitet wurde die Perforation in 40 Fällen. Ein akuter, unerträglicher Schmerzanfall ist für Perforation pathognomonisch; dieser Schmerz wird durch die Ansammlung des Mageninhaltes an den abhängigen Teilen oft in das Becken (Appendicitis) verlegt. In 75% der Fälle tritt nach der Perforation Erbrechen ein. Dem ersten schweren Kollapsstadium folgt häufig eine Erholung, so daß die Pat. zu Fuß in das Hospital kamen. Von Stunde zu Stunde vermehrten sich jedoch dann wieder Pulszahl und die Erscheinungen von Peritonitis. Morphium, Strychnin, Alkohol usw. können nur dazu dienen, die Schwere der Erkrankung zu verschleiern. Die Variationen in der Magen- und Leberdämpfung sind für die Diagnosenstellung nicht zu verwerten. Die Perforationen im Magen fanden sich meist an der vorderen Wand, in der Gegend der kleinen Kurvatur, näher der Cardia, nur in 5 Fällen in der hinteren Wand. Die duodenalen Geschwüre saßen alle im Anfangsteil des Duodenums, 6 in der vorderen, 2 in der hinteren Darmwand. Selbst 68 und 72 Stunden nach Eintreten der Perforation wurde noch erfolgreich eingegriffen. Als postoperative Komplikationen werden besonders die linksseitige (trockene fibrinöse) Pleuritis diaphragmatica (15 Fälle), und die eitrige Parotitis (5 Fälle) erwähnt. Allgemeine Irrigation des Peritoneums (31 Fälle), lokale Irrigation (9 Fälle) oder einfaches Austupfen (10 Fälle) ergaben keinen Unterschied für die Sterblichkeit (50%); der Verschluß der Perforationsöffnungen geschah durch Vernähen, teilweise Übernähen benachbarten Gewebes und Netzes, einige Male wurde drainiert. Angeschlossene oder sekundäre Gastroenterostomie wird für die meisten Fälle als unnötig verworfen; Nachuntersuchungen ergaben, daß die Geschwüre, durch innere Mittel weiter behandelt, meist heilten und für den Träger keine weitere Gefahr brachten.

Über diesen letzten Punkt dürften wohl zahlreiche andere Autoren auf Grund ihrer, wenn auch wohl auf kleineren Statistiken basierenden Erfahrungen anderer Ansicht sein (Ref.). **H. Ebbinghaus** (London).

34) M. Smith. A case of perforated duodenal ulcer.

(Bristol med.-chir. journ. 1903. September.)

Der 33jährige Pat. litt seit mehreren Jahren an Leibschmerzen, welche zwischen den Mahlzeiten, jedoch nicht sofort nach ihnen, auftraten. Ohne beson-

dere Ursache plötzlich Erscheinungen einer Darmperforation mit Schmerzen in der rechten Bauchseite, besonders in der Gegend des Wurmfortsatzes. Laparotomie 3 Stunden nach Beginn der Schmerzen: Bauchhöhle mit grüngelblicher Flüssigkeit gefüllt, Wurmfortsatz normal, beginnende Peritonitis in der Umgebung des Magens. An der Vorderfläche des Duodenums, etwa $2^1/_2$ cm unterhalb des Pylorus, ein rundes, durchgebrochenes Geschwür. Verschluß, Drainage. Im weiteren Verlauf Erbrechen dunklen Blutes, Ikterus. Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

35) **J. Warbarse.** Some observations on perforating ulcer of the duodenum.

(Reprinted from the Brooklyn med. journ. 1903. Januar.)

Die Hauptsymptome des Duodenumgeschwürs sind der epigastrische, nach dem Essen auftretende Schmerz, Druckempfindlichkeit in der Gegend des absteigenden Duodenums und Bluterguß in den Darm. Zur Perforation kommen 50% der Fälle (Perry und Shaw, Guy's Hospital Report 1894). Die Therapie besteht in sofortiger Laparotomie. Bericht über zwei Fälle, von denen einer geheilt wurde. Die Operation wurde in diesem Falle 60 Stunden nach dem die Perforation erzeugenden Falle vorgenommen. **Läwen** (Leipzig).

36) **M. v. Čačković.** Über runde Geschwüre des Jejunum nach Gastroenterostomie.

(Liečnički viestnik 1903. Nr. 7. [Kroatisch.])

Verf. berichtet ausführlich über drei Fälle dieser seltenen Komplikation nach Gastroenterostomie.

In zwei Fällen von Antecolica (Operateur Primararzt T. Wikerhauser) kam es zur Penetration des Geschwürs in die Bauchdecken. Im ersten traten die ersten Geschwürsymptome nach 8 Monaten auf und wurde nach 13 Monaten das der Gastroenterostomie gerade gegenüberliegende Geschwür exzidiert und der Defekt genäht. Heilung. Im zweiten Falle nach 16 Tagen Relaparotomie wegen Circulus vitiosus und Naht des knapp unterhalb der Gastroenterostomie befindlichen Defektes. Mikulicz'scher Tampon. Nach 2 Monaten Fistelbildung mit Ausfluß von Mageninhalt, welche sich nach einiger Zeit schließt. Nach $1^1/_2$ Jahren wieder Fistelbildung, welche sich auf antazide Behandlung schließt. Im dritten Falle (Operateur Verf.) wurde eine Retrocolica ausgeführt, und es kam zur Bildung von vier Geschwüren und zur Perforation in die freie Bauchhöhle. Tod.

Auszugsweise bringt Verf. noch 9 Krankengeschichten aus der Literatur (H. Braun, Hahn, Kausch 2, Körte, Steinthal, Hadra, A. Neumann, Brodnitz). In 9 Fällen wurde die Antecolica und in 3 die Retrocolica ausgeführt, in 11 Fällen mit Naht und 1 mit Murphyknopf. Dieses Geschwür ist selten, das Verhältnis auf Wikerhauser's Abteilung (3 Geschwürsbildungen auf 115 Gastroenterostomien = 80 ante + 35 retro) ist wohl zufällig. Das Geschwür resp. seine Erscheinungen traten in 3 Fällen im Anschluß an die Operation oder sehr bald danach auf, in den übrigen nach 6, 8, 9, 12, 13 Monaten, 3 Jahren, während in 2 Fällen genaue Angaben fehlen. In 4 Fällen (3 Retro- und 1 Antecolica) erfolgte Perforation in die freie Bauchhöhle, in den übrigen legte sich das Geschwür an die vordere Bauchwand an. Bei allen Retrocolicae (3) trat tödliche perforierende Peritonitis ein, während von 9 Antecolicae nur in 2 Fällen Tod durch perforative Peritonitis erfolgte, in den übrigen das Geschwür in die Bauchwand vordrang und die Kranken durch sekundäre Operation geheilt wurden. Dies hat in anatomischen Verhältnissen seinen Grund, da die Antecolica gewöhnlich der Bauchwand direkt anliegt, so daß es bei der Geschwürsbildung leicht zur Verklebung mit derselben kommt; außerdem schützt das Netz die Bauchhöhle, während die Retrocolica tief in der Bauchhöhle liegt, wo die Verhältnisse für eine Begrenzung nicht günstig sind.

Die unmittelbar nach der Operation auftretenden Geschwüre bezieht Verf. auf das Trauma der Operation (Drücken und Zerren, dadurch entstehende Ekchymosen



oder Beschädigungen der Schleimhaut) bei bestehender Hyperazidität. Herzschwäche, Arteriosklerose, Anämie begünstigt die Geschwürsbildung. In den Fällen, wo das Geschwür nach längerer Zeit auftritt, muß angenommen werden, daß die Gastroenterostomie das für das Entstehen eines Geschwüres prädisponierende Moment, die Hyperchlorhydrie, nicht beseitigt hat, und daß die aus irgendwelchem Grunde entstandene Erosion zum Geschwür führte; dafür sprechen auch die Fälle, wo die Fistel auf antazide Behandlung heilte (Verf. 2, Brodnitz). Vor Ausführung der Gastroenterostomie wegen Geschwür sollen daher bei bestehender Hyperazidität die Kranken längere Zeit antazide Mittel (am besten 2—3 Löffel Magnes. carb. täglich) bekommen, und bei der Operation selbst darf der Darm nicht zu stark gedrückt und in keine ungünstige Lage gebracht, bei der Antecolica die Schlinge nicht zu kurz genommen, bei der Retrocolica der Spalt im Mesokolon nicht zu eng angelegt werden.

An ein rundes Jejunalgeschwür müsse man denken, wenn bei einem Kranken mit Hyperazität bald nach der Operation Geschwürssymptome auftreten oder sich verstärken, wenn Hämatemesis oder Melaena oder aber Perforationsperitonitis auftrete. Im weiteren Verlauf ist an diese Art von Geschwür zu denken, wenn Zeichen einer Perforation oder des Vordringens in die Bauchdecken auftreten. Bei bestehender Fistel ist es sicher, daß sich dieselbe im Jejunum gegenüber der Anastomose befindet, wenn der eingeführte Finger oder die Sonde einen Dreiweg findet (Magen, zuführender und abführender Schenkel).

Die Therapie des Geschwürs besteht hauptsächlich im Darreichen antazider Mittel. Bei Perforation Laparotomie, Exzision und Naht. Bei Vordringen in die Bauchdecken Loslösung und Naht bei kleinem Defekt; entsteht aber ein großer Defekt, so muß man einen Teil des Darmes oder sogar die ganze Stelle der Gastroenterostomie resezieren. Die Fistel ist zuerst mit antaziden Mitteln, dann mit Ausschabung und schließlich mit Loslösung des penetrierten Geschwürs und Naht event. Resektion zu behandeln. Widersteht ein solches Geschwür jeder Therapie, so bleibt als letztes Mittel die Jejunostomie, welche Kausch in 2 Fällen auszuführen gezwungen war. (Selbstbericht.)

37) **M. J. Knapp.** Atony of the duodenum diagnosticated and corroborated by operation.

(New York med. journ. 1903. Mai 23.)

Verf. berichtet über einen sehr interessanten Fall, dessen Geschichte und insbesondere Operationsbefund eine ganz besondere Bedeutung hat. Es handelte sich um eine 43jährige Dame, die 3 Jahre vor der Operation an schmerzhaften Darmkrämpfen zu leiden begann, die anfänglich in Pausen von mehreren Wochen auftraten, allmählich aber immer häufiger wurden. In der anfallsfreien Zeit fühlte sich Pat., abgesehen von Poltern in den Gedärmen, ganz wohl; während der Anfälle Erbrechen, im Stuhle nie Blut, Gewichtsabnahme um 20 Pfund. Die Untersuchung ergab eine Auftreibung des Leibes und eine undeutliche Resistenz links vom Nabel, die einen Krebs nicht unwahrscheinlich machte. Die Laparotomie, von McCosh gemacht, zeigte eine harte, mannigfach verwachsene, knotige Masse an den unteren Dünndarmpartien, die, da auch die nächsten Lymphdrüsen geschwellt waren, als Karzinom gedeutet wurde. Entfernung von 15 Zoll Darm mit der Geschwulst. Glatter Wundverlauf und vollstes Wohlbefinden der Pat. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß kein Krebs vorlag, daß es sich vielmehr um einfache entzündliche Infiltration gehandelt hatte. Dieser Befund ist deshalb sehr interessant, weil er vermutlich ein Analogon darstellt zu den eigenartigen Beobachtungen, die jüngst Rotter und Koch (Archiv für klin. Chir. Bd. LXI und LXX) mitgeteilt haben; die dort erwähnten Fälle betreffen aber jedesmal entzündliche Strikturen des Dickdarmes, während hier der Dünndarm betroffen ist; leider ist der pathologisch-anatomische Befund von K. nicht genauer mitgeteilt, so daß über die Ätiologie nichts Genaueres zu eruieren ist.

Scheuer (Berlin).



38) **Kayser. Ein durch dreifache Darmresektion geheilter Fall mehrfacher Darmperforation im Anschluß an das Zurückbleiben einer Kompresse in der Bauchhöhle nebst Bemerkungen zur Technik der Darmresektion.**

(Archiv für Gynäkologie Bd. LXVIII. Hft. 2.)

Bei einer 40jährigen Frau, die wegen doppelseitiger Adnexgeschwulst laparotomiert worden war, machte ein Bauchbruch eine zweite Laparotomie nötig. Einige Wochen danach entwickelte sich unter zunehmender Kachexie eine Geschwulst der Nabelgegend. Sie erwies sich bei der Operation als ein Kotabszeß, hervorgerufen durch eine zusammengeballte Gazekompresse. In den Abszeß mündeten sechs Darmlöcher, zwei dem Dünndarme, vier dem Dickdarm angehörend. Die Kontinuität des Dickdarmes wurde durch zwei Keilresektionen aus der Darmwand unter Erhaltung des Mesenterialansatzes wieder hergestellt, aus dem Dünndarme wurden 20 cm reseziert und dann, als ein Kollaps zur Eile trieb, die Vereinigung mit Murphyknopf bewirkt. Der Abgang des Knopfes erfolgte glatt und Pat. wurde geheilt.

Verf. geht ausführlich auf die Literatur der in der Bauchhöhle bei Laparotomien zurückgelassenen Kompressen und Schwämme ein. Da diese Fremdkörper durchaus nicht immer so glatt einheilen, wie man vielleicht erwarten könnte, sondern ihre Lage ändern und mit Vorliebe in den Darm durchbrechen, können sie zu den weitesten Komplikationen führen.

Für die Resektion kleiner Darmstücke empfiehlt Verf. warm die keilförmige Inzision der Darmwand mit Erhaltung des Gekrösansatzes und End-zu-End-Vereinigung durch Naht. Die Methode ist besonders für den Dickdarm geeignet, an dem ohnedies die Anwendung des Murphyknopfes nicht ratsam erscheint. Die spitzwinklige Stellung der beiden Darmschenkel zueinander hat sich als belanglos erwiesen. Die bei der schrägen Anfrischung entstehende Erweiterung der Lichtung ist besonders dann von Vorteil, wenn, wie im vorliegenden Falle, ein Murphyknopf aus höher gelegenen Darmabschnitten passieren soll.

M. v. Brunn (Tübingen).

39) **Letoux (Vannes). Oblitération congénitale de l'intestin grêle. — Rapport de M. Th. Tuffier.**

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 206.)

Pat., ein Mädchen, wurde 7 Tage nach der Geburt L. zugeführt; es befand sich in einem desolaten Zustand, erbrach, Mekonium war seit der Geburt nicht abgegangen, der Leib war zum Platzen gespannt, dabei der After normal gebildet. Nach vergeblichem Versuch, vom Hinterdamm aus den geblähten Darm zu erreichen, inzidierte L. in der linken Fossa iliaca, entleerte reichlich Mekonium und vernähte die Wand der mekoniumhaltenden Höhle, anscheinend Dickdarm, mit der Bauchwunde. — Das Kind starb nach 3 Stunden. Die Obduktion ergab folgenden seltenen Befund:

Die von L. eröffnete Höhle war die freie Bauchhöhle selbst, welche hinter dem mit der Vorderwand verwachsenen Netz mit Mekonium angefüllt war; dieses war aus einer Perforation des Dünndarmes ausgetreten. Sämtliche Dünndarmschlingen waren bis auf die unterste enorm ausgedehnt und wurden von einem weißlichen, nicht ganz federkieldicken Strang umkreist, der vom After bis zum Ende des Dünndarmes reichte und sich als den verengten Dickdarm nebst unterstem Ileum herausstellte. Dieses 41 cm lange Darmstück hatte dicke Wandungen, enthielt kein Mekonium, war aber überall durchgängig. 6 cm oberhalb des Blinddarmes, an der Stelle des Überganges des verengten Darmteiles in die ausgeweitete Partie, sah man den Darm von peritonealen Verwachsungen umschnürt — eine peritoneale Halskrause.

Der Berichterstatter Tuffier bespricht im Anschluß an das Referat kurz die angeborenen Dünndarmverschlüsse im allgemeinen. Er nimmt dabei vorzugsweise Bezug auf die einschlägigen deutschen Arbeiten von Schlegel (Bern) und Braun (Göttingen) und konstatiert, daß eine operative Behandlung unter den bisher veröffentlichten 95 Fällen 31mal versucht worden ist, aber nicht einen einzigen Erfolg gehabt hat. — Tuffier hält die Möglichkeit für ausgeschlossen, den unterhalb der Verschlußstelle gelegenen Abschnitt des Darmes seiner eigentlichen Bestimmung, als Kotweg zu dienen, zurückzugeben. Man soll auf derartige Versuche stets von vornherein verzichten und sich möglichst früh zur einfachen Anlegung eines künstlichen Afters entschließen. Findet man nach der medianen Laparotomie die unterste Darmschlinge oberhalb der Verschlußstelle so günstig gelegen, daß man sie an die Rektalampulle heranbringen kann, dann mag man versuchen, eine Fistel zwischen ihr und dieser Ampulle anzulegen, wie das Mauclaire getan hat; doch wird sich diese Gelegenheit nur ganz ausnahmsweise bieten.

Reichel (Chemnitz).

40) **Edington.** Cancer of the vermiform appendix.

(Glasgow path. and clin. soc. 1903. Glasgow med. journ. Bd. LX. 1903. p. 120.)

Bei einem 44jährigen Manne, der seit zwei Jahren an intestinalen Beschwerden litt und seit $^1/_4$ Jahr über Schmerzen in der Ileocoecelgegend klagte, wurde bei der unter der Diagnose »Appendicitis« vorgenommenen Operation ein Adenokarzinom des Wurmfortsatzes mit ausgedehnten Drüsen- und Netzmetastasen gefunden. Tod nach 3 Monaten. **M. v. Brunn** (Tübingen).

41) **Kayser.** Über einen in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht bemerkenswerten Fall eines Dickdarmkarzinoms mit Ovarialmetastasen und ausgedehnter karzinomatöser Erkrankung der Haut. (Cancer en cuirasse).

(Archiv für Gynäkologie Bd. LXVIII. Hft. 3.)

Der bei einer 57jährigen Frau beobachtete, klinisch bezüglich seiner Pathogenese schwer deutbare Fall stellte sich nach der Sektion und histologischen Untersuchung folgendermaßen dar: Ein primärer Scirrhus der Flexura sigmoidea hatte wahrscheinlich als Impfmetastase ein Karzinom des linken Eierstockes und des Mastdarmes zur Folge gehabt. Vom Mastdarm aus hatte sich die Neubildung auf dem Lymphwege nach der Scheide, dem Uterus, der Blase und der Haut, auf letztere auch durch direktes Wachstum fortgesetzt. Der nach mehrfacher Richtung hin interessante Fall wird ausführlich beschrieben und besonders das Verhältnis der einzelnen Geschwülste zueinander, die Frage des primären Sitzes und der Verbreitungsmöglichkeiten eingehend diskutiert. Die auffälligsten Metastasen in der Haut hatten ihren Sitz in der Becken- und Oberschenkelgegend.

M. v. Brunn (Tübingen).

42) **R. Park.** Successfull removal of 265 cm of gangrenous intestine.

(Arch. internat. de chirurgie Vol. I. Fasc. 1.)

Bei einem 24jährigen Menschen war es im Verlaufe einer Appendicitis zu einer ausgedehnten Gangrän des Wurmfortsatzes und der benachbarten Darmpartien gekommen. Verf. entschloß sich, statt durch mehrere Teilresektionen durch eine Resektion den gesamten betroffenen Darmbezirk auszuschalten. Die neue Verbindung wurde durch seitliche Anastomose von Dünndarm und Dickdarm mittels Knopfes hergestellt. Pat. überstand die Resektion des 265 cm langen Stückes gut, aber erst 4 Monate nach der Operation kam mit dem Abgang des Knopfes die bestehende Darmfistel zur Heilung.

Von 16 Fällen, die der Verf. in der Literatur fand und bei denen mehr als 200 cm Darm reseziert worden waren, kamen 12 durch. Unter diesen waren mehrere, bei denen die Länge des resezierten Darmes mehr als 3 m, einmal 3 m 30 cm, betrug. **Engelmann** (Dortmund).

43) **Giordano.** Traitement chirurgical de la colonectasie.
(Arch. internat. de chirurgie Vol. I. Fasc. 1.)

Es gibt sowohl angeborene als auch sekundär erworbene Formen von Erweiterung des Kolon, die einer jeden internen Behandlung trotzen. Anatomisch-pathologisch liegt meist ein Schwund der Muskularis des Dickdarmes vor, welche zu chronischer Koprostase und Intoxikation führt. Zur Beseitigung des Leidens ist von chirurgischer Seite die Typhostomie, die Kolopexie und die Resektion eines Teiles des Kolon versucht worden. G. empfiehlt auf Grund eines erfolgreich operierten Falles die vollkommene Ausschaltung des Dickdarmes und die Verbindung des untersten Teiles des Ileum mit dem oberen des Mastdarmes. Die Operation, die Verf. bei einem 10jährigen Mädchen ausgeführt hatte, war vollkommen glatt verlaufen und hatte keinerlei Störungen im Gefolge.

Engelmann (Dortmund).

44) **F. C. Wallis.** A case of chronic intussusception, excision of 42 inches of small intestine, recovery.
(Lancet 1903. Dezember 5.)

Als besonders bemerkenswert an dem Falle wird von Verf. angegeben, daß die Krankheit insgesamt über 2 Jahre dauerte, daß die Pat. sich zwischen den einzelnen Exazerbationsstadien völlig wohl fühlte, daß die Intussuszeption ausschließlich den Dünndarm betraf, daß eine Geschwulst nur in Anästhesie zu tasten war, und daß keine der gewöhnlich Intussuszeption verursachenden Primärveränderungen (Geschwulst, Ulzeration) sich auffinden ließ.

Ref. möchte dem noch als ebenfalls bemerkenswert hinzufügen, daß die Operation mittels Murphyknopfes gemacht wurde, und daß ca. 4 Wochen nach der ersten Operation wegen erneuten Ileus infolge dieses Knopfes eine zweite Laparotomie zu dessen Entfernung ausgeführt werden mußte.

H. Ebbinghaus (London).

45) **Barker.** Zur Kasuistik der akuten Darminvagination.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI. Hft. 1.)

B. veröffentlicht die stattliche Anzahl von 61 selbst beobachteten Fällen von Darminvagination. Er konstatiert, daß durch Einläufe wiederholt Erfolge in der Behandlung erzielt, oft aber auch der Tod verschuldet wurde, insofern man die beste Zeit zu operativer Hilfe mit ihnen versäumte. Die Diagnose ist nicht schwer. Die Plötzlichkeit des Anfalls, blutige Darm- und Schleimhautentleerungen, das Fühlen einer leicht tastbaren Geschwulst leiten auf die rechte Fährte. Einläufe sollen nur gebraucht werden, wenn es sich um eine Invagination im allerfrühesten Stadium handelt. Die Invaginationen sind in ihrem ganzen Wesen gerade so zu betrachten wie äußere Brüche, und darum sind die Prinzipien der Behandlung von diesen auch auf jene zu übertragen. Verf. erwähnt die merkwürdige Tatsache, daß bei fast allen geheilten Fällen nach der Laparotomie einige Tage lang Fieber auftrat, ohne daß eine Reizung der Peritonealhöhle bestand. Er erklärt dies dadurch, daß durch die Invagination im Invaginatum septische Stoffe zurückgehalten werden, die nach der Operation frei werden und in den Blutkreislauf eintreten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 3. Sonnabend, den 23. Januar. 1904.

I.

Zur Frage der Catgutsterilisation.

Von

Dr. **Salkindsohn** in Wilna.

Seitdem Catgut als Nähmaterial eingeführt wurde, wurden immer neue Methoden für Sterilisation desselben vorgeschlagen; der beste Beweis dafür, daß jede Methode bestimmte Nachteile besitzt.

Nur unlängst wurde von Dr. O. Bloch eine Methode beschrieben, die dank ihrer Einfachheit und Wirksamkeit allgemeine Aufmerksamkeit erregte.

Das käufliche Rohcatgut, auf Glasrolle gerollt, wird einfach in folgende Lösung gebracht: 1 Jodi puri, 10 Kali jodati, 100 Aq. destill. Nach 8 Tagen kann es zur Nahtanlegung gebraucht werden. Das Catgut von O. Bloch entspricht allen Forderungen, die man an ein gutes chirurgisches Nähmaterial stellt. Auf dem letzten Kongreß der polnischen Chirurgen in Krakau wurde dieses Catgut, wie aus den Debatten ersichtlich, als zurzeit das beste Material, dank seiner Sterilität und Haltbarkeit anerkannt. Es hat aber auch seine schwache Seite: nach längerem Aufbewahren leidet die Festigkeit des Catguts.

Ich erlaube mir deshalb, die Kollegen auf meine modifizierte Methode des Dr. Bloch, die auch von dem genannten Übel frei ist, aufmerksam zu machen.

Statt Lugol'scher Lösung verwende ich 1 Tct. jodi, 15 Spirit. vini (50°), i. e. $^2/_3$% Jodi puri in Spirit. vini (50°). Das käufliche Rohcatgut, auf gläserne Rolle gerollt (höchstens 3 m lang), wird in dieser Lösung eine Woche lang an einer dunklen Stelle aufbewahrt. Danach kann es gebraucht werden resp. auch weiter in derselben Lösung bis zum Gebrauch aufbewahrt bleiben.

Während der Operation wird Catgut in eine weiße Porzellanschale, mit derselben Lösung gefüllt, gelegt. Der unverbrauchte Rest kann für das nächste Mal aufbewahrt werden.

Das so präparierte Catgut besitzt alle Eigenschaften des Catguts von Dr. Bloch. Es ist vollständig steril, quillt nicht, rollt sich nicht, dehnt sich nicht, ist nicht brüchig und reißt nicht; es ist geschmeidig, weich, läßt sich leicht in Knoten binden und ist außerdem ebenso gut haltbar wie das käufliche Catgut. In der Wunde wird es nicht zu schnell resobiert, reizt absolut nicht die Gewebe, und der Gehalt von geringen Mengen von allmählich freiwerdendem Jod schützt das Catgut vor zufälliger Infektion durch die Hände des Operateurs. Der Unterschied aber von meinem Catgut im Vergleich mit dem von Dr. Bloch besteht in seiner langen Haltbarkeit;

wenigstens bis zu einem Jahre verändert dieses Catgut in meiner Lösung seine Eigenschaften nicht.

Ich verwende das so von mir präparierte Catgut länger als ein Jahr zu Ligaturen, Sehnennaht, zur Operation der Varices haemorrhoidales nach Mitschell, für versenkte Nähte, bei Radikaloperation von eingeklemmten resp. freien Hernien, und hatte nie Gelegenheit, irgend einen Vorwurf dem Material zu machen.

Die Sicherheit in seiner Sterilität und die Einfachheit der Vorbereitung, zusammen mit der Eigenschaft, dieses Catgut beliebig lange ohne Schaden aufbewahren zu können, veranlassen mich, diese Art der Zubereitung des Catguts den Kollegen warm zur weiteren Prüfung zu empfehlen.

Wilna, 5. Dezember 1903.

II.

Zur Drainage des Herzbeutels.

Von

W. Mintz,

Chirurg am Alt-Katharinenspital zu Moskau.

In einem Falle von eitriger Perikarditis eröffnete ich den Herzbeutel unter Kokainanästhesie nach Resektion des 5. Rippenknorpels (Ollier). Die gesetzte Öffnung entsprach naturgemäß nicht der tiefsten Stelle des Herzbeutels und ich beschloß daher, denselben von unten her zu drainieren.

Ein 7 cm langer Schrägschnitt legte den unteren Rand des 7. Rippenknorpels linkerseits frei; darauf drang ich nach Ablösung der Muskel- und Zwerchfellinsertionen stumpf gegen den Herzbeutel vor, den ich auf einer von der Brustkorbwunde entgegengeschobenen Sonde eröffnete.

Während der Nachbehandlung des günstig verlaufenen Falles konnte ich mich davon überzeugen, daß fast die ganze Eitermenge durch das in die untere Wunde eingeführte Drainrohr abfloß.

Nachforschungen in der Literatur (Woinitsch-Ssjanoschenski, ›Die Perikardiotomie und ihre anatomischen Grundlagen‹; Ljetopis Russkoi Chirurgii 1897) ergaben, daß der oben beschriebene Weg zum Perikard am Anfang des vorigen Jahrhunderts von Larrey empfohlen worden war.

Larrey behandelte einen Soldaten an einer Stichwunde, welche links, zwischen Schwertfortsatz und 7. Rippenknorpel saß. Als Pat. mit der Zeit Symptome von Herzkompression aufzuweisen begann, erweiterte Larrey den Wundkanal mit der Sonde, wobei er auf das frei pulsierende Herz stieß und eine große Menge perikardialen Exsudats abließ.

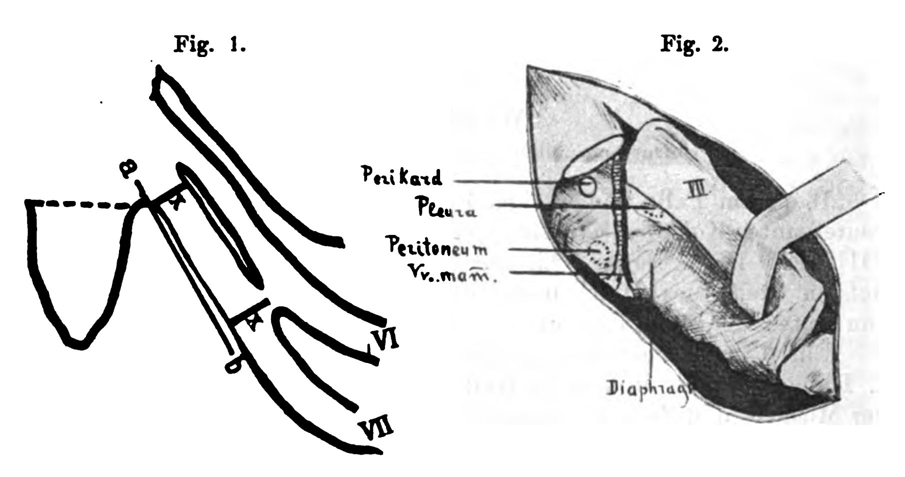
Auf Grund von Leichenversuchen empfahl Larrey nunmehr diesen Weg für Punktion und Eröffnung des Herzbeutels von einem Schrägschnitt aus, welcher die Muskelinsertionen vom 7. Rippenknorpel ablöste und an dem sternalen Ansatze des Zwerchfells vorbei gegen den Herzbeutel vordrang.

Der theoretische Vorschlag von Larrey fand keinen Anklang; so wurde er zum Beispiel von Baizeau als »phantastisch« direkt verworfen.

Woinitsch-Ssjanoschenski, dessen überaus lesenswerten Arbeit ich diese Tatsachen entnehme, gibt die theoretische Möglichkeit dieses Vorgehens für große Herzbeutelexsudate zu, hält es aber für einen entschiedenen Nachteil, daß bei demselben ein, wenngleich geringer Teil des Diaphragmas geopfert wird.

Ich kann den erwähnten Einwand nicht als stichhaltig anerkennen. Aus dem weiter unten zu beschreibenden Operationsverfahren erhellt, daß von einem Opfern von Diaphragmasubstanz nicht die Rede sein kann.

Fig. 1. Fig. 2.



An einer großen Zahl von Leichen von 9- bis 70jährigen Individuen konnte ich regelmäßig ohne Nebenverletzung von Pleura oder Peritoneum den Herzbeutel in wenigen Minuten nach folgendem Verfahren eröffnen:

Leicht erhöhter Oberkörper; Operateur steht rechts.

Schrägschnitt entlang dem unteren Rande des linksseitigen 7. Rippenknorpels, vom Schwertfortsatz-Rippenwinkel beginnend, ca. 7 cm lang (Fig. 1 *a*, *b*).

Abtrennung der Bauchmuskeln von der hinteren Fläche des 7. Rippenknorpels.

Quere Durchtrennung des 7. Rippenknorpels an zwei Stellen entsprechend den Schnittwinkeln (Fig. 1 x, x), worauf der Knorpel-Weichteillappen, unter Abschiebung der Diaphragmainsertion, nach oben geklappt wird (Fig. 2).

In dem nunmehr zutage liegenden lockeren Gewebe verläuft ein oft recht starkes Gefäßbündel, die Fortsetzung der Vasa mammaria, welches leicht zu unterbinden ist.

Drückt man das Diaphragma leicht mit dem Finger nach unten, so erscheinen in der nicht sehr tiefen Wunde, von links nach rechts, der vordere untere durchsichtige Pleurawinkel und etwas höher, medianwärts, der derbere Herzbeutel (Fig. 2).

Eröffnet man denselben, so entleert sich an der Leiche gewöhnlich Herzbeutelflüssigkeit, ein Beweis mehr dafür, daß das Verfahren auch für geringe Exsudate zu verwenden ist.

Für Brustkörbe mit sehr spitzem epigastrischem Winkel ist die Aufklappung des Knorpels von besonderem Vorteil, da dieselbe das Operationsfeld wesentlich erweitert. In zwei Fällen genügte sie mir jedoch nicht. Bei einem 9jährigen und einem 70jährigen Individuum fand ich den Processus xiphoideus nach links unter den Rippenbogen disloziert. In beiden Fällen half ich mir mit einer queren Durchtrennung seiner Basis, worauf er sich leicht lösen und zurückklappen ließ.

Moskau, Dezember 1903.

---

1) An american text-book of surgery for practitioners and students. Edited by William W. Keen and J. William White. 4. gänzlich durchgesehene und erweiterte Auflage.
Philadelphia, W. B. Saunders & Co., 1903. 1363 S., 551 Fig. und 39 Tafeln, teils farbig, im Text.

Dieses von Conner, Dennis, Keen, Nancrede, Park, Pilcher, Senn, Shepherd, Stimson, Warren und White bearbeitete, 1892 in erster Auflage erschienene Lehrbuch der Chirurgie ist in vier Bücher — general, special, regional, operative surgery — eingeteilt. Trotz der Vielzahl der Autoren wird der ganze umfangreiche Stoff in 51 Kapiteln sehr einheitlich behandelt, da der Plan von den Herausgebern festgelegt wurde, und das ganze Werk jedem der Mitarbeiter zur Kritik und Durchsicht vorgelegen hat, so daß keiner nur für einen bestimmten Abschnitt verantwortlich ist. Das Buch macht so fast den Eindruck, als ob es einen einzigen Verfasser hätte und beweist zugleich die Möglichkeit und den guten Erfolg dieser Art des Zusammenarbeitens, die für ein Handbuch mit größtenteils monographischer Bearbeitung der einzelnen Themen kaum angängig wäre.

Hervorzuheben ist im ganzen, daß überall, soweit es im Rahmen eines Lehrbuches möglich ist, die neuesten Ergebnisse amerikanischer und europäischer Forschungen berücksichtigt sind. So zum Beispiel wird im Kapitel II (Blutuntersuchung und ihre Beziehung zur chirurgischen Diagnose und Therapie) genau auf den Wert der Leukocytenzählung bei Bauchaffektionen, besonders Appendicitis, eingegangen, wobei ein Ansteigen ihrer Zahl auf über 18000 auf mehr

als einige Stunden als strenge Indikation zum Operieren aufgestellt wird. Gegenüber den neuerdings absprechenden Beurteilungen des Wertes der Leukocytenzählungen bei Perityphlitis ist es gewiß von Interesse, diese Ansicht unserer amerikanischen Fachgenossen, die, wie bekannt, viel mit der Krankheit zu tun haben, hier anzuführen.

Auch auf die Bedeutung der Locke'schen Jodreaktion der Leukocyten bei septischen Zuständen wird hingewiesen.

Wie aus dem Vorwort zu ersehen, hat u. a. die Chirurgie des Pankreas eine fast völlige Neubearbeitung erfahren. In ihr wird im Anschluß an die Freilegung und operative Behandlung des Organs wegen akuter und chronischer Entzündung besonders die Drainage nach hinten in der Lendengegend eventuell kombiniert mit vorderer Drainage empfohlen.

Die Behandlung der Facialislähmung durch Anastomosenbildung, die Anwendung des Paraffins bei Nasendeformitäten, die Methoden der Rückenmarks- und Lokalanästhesie sind berücksichtigt worden. Auch drei illustrierte Kapitel über Kriegs-, Marine- und Tropenchirurgie, bearbeitet von O'Reilly und Borden, Rixey und Kieffer, sind dem Werke beigegeben.

Unter den Abbildungen sind besonders die nach Photographien von Kranken und Präparaten gefertigten Tafeln vorzüglich ausgeführt, während die den typischen Unterbindungen beigefügten Figuren von denen deutscher Werke weit übertroffen werden. Besonders schön sind die Tafeln, welche Knochenkrankheiten darstellen.

Röntgenphotogramme finden sich an den verschiedensten Stellen des Buches, in dem wir übrigens vielfach auf die Namen deutscher Chirurgen und Abbildungen deutscher Werke (Henle, Henke, Esmarch und Kowalzig u. a.) stoßen.

Den Schluß des gut ausgestatteten Werkes bildet ein Sachregister.

Gutzeit (Neidenburg).

2) E. Deetz. Zur Frage der Übertragung menschlicher Tuberkulose auf Schweine.

(Sonder-Abdruck aus der Orth-Festschrift.)

Verf. gibt Vergleichszahlen der Häufigkeit der Tuberkulose der Schweine mit der der Rinder aus den verschiedenen Gegenden Deutschlands und stellt fest, einmal, daß die Tuberkulose der Schweine in Norddeutschland häufiger ist als in Süddeutschland und ferner, daß die Tuberkulose bei Rindern wie bei Schweinen in stetem Steigen begriffen ist. Die Schweinetuberkulose ist vorwiegend eine häufig durch Verfütterung des Zentrifugenschlammes der Kuhmilch entstandene Fütterungstuberkulose mit besonderer Beteiligung der Mesenterial- und anderer Lymphdrüsen; doch ist Tuberkulose der Muskeln, also des Fleisches, sehr selten. Unter Berücksichtigung der von anderen angestellten Versuche, durch Verfütterung von mensch-

lichem bazillenhaltigem Sputum usw. Tuberkulose bei Schweinen zu erzeugen, berichtet D. über zwei unter allen Kautelen angestellte Versuche: Das mit durch den Meerschweinchenkörper geschickte Tuberkelbazillen geimpfte Ferkel zeigte nach 6 Monaten eine ausgebreitete Tuberkulose aller Organe, während das Kontrolltier gesund blieb. Für Rinder- und Schweinetuberkulose werden gleiche sanitätspolizeiliche Maßregeln gefordert. **Engelhardt** (Gießen).

---

3) **H. Morris.** Cancer and its origin.

(Lancet 1903. Dezember 12.)

Ein äußerst fesselnder Vortrag des bekannten Chirurgen über den gegenwärtigen Stand der z. Z. die medizinische Welt aller Kulturstaaten beschäftigenden Krebsfrage. Als die drei Haupttheorien werden beleuchtet 1) die Mikrobentheorie, 2) die Transplantations- und Inokulationstheorie, 3) die Geschwulstkeimtheorie (Cohnheim). Als Krebsmikroben sind angesprochen: Schizomyceten (Nepveu, Rappin, Scheuerlen, Francke, Schill u. a), Protozoen (Schüller, Ruffer, Gaylord, v. Leyden, Feinberg u. a.), Blastomyceten (Russel, Sanfelice, Roncali, Plimmer u. a.), aber trotz jahrelanger geduldiger Arbeit der geschicktesten Forscher nach Verf. beweisende Stützpunkte für diese Theorien nicht erbracht worden. Die Übertragung von Krebs durch Transplantation oder direkte Inokulation hat mit der Mikrobentheorie nichts zu tun; die Übertragung des Krebses auf diesem Wege ist identisch mit der Metastasierung der Geschwulst im Organismus. Mikroben können bei Verschleppung in dem Körper nur alle eine und dieselbe Geschwulstart bilden, das Granulom; die Karzinome und Sarkome dagegen bilden stets ihre eigene spezifische Art. Die Keimtheorie (Cohnheim) ist nach Verf. die einzig haltbare Krebstheorie, und zwar in der Form, wie sie von Durante, Nicoladoni, Ribbert, Senn u. a. erweitert ist: Nicht nur im embryonalen Leben isolierte Keime, sondern auch postnatal aus irgendwelchen Gründen versprengte oder verschleppte sind der Ursprung der Geschwülste, die Ursache der Geschwulstentwicklung aus diesen Keimen ist eine verschiedene. Die Existenz solcher embryonaler verschleppter Keime, die Möglichkeit einer postnatalen Absprengung und Isolierung von Keimen und die Möglichkeit einer jahrelangen Latenz werden vom Verf. gezeigt.

Ohne daß man danach sucht, werden alljährlich neue Stützpunkte für die Keimtheorie gefunden. Was zu wünschen wäre, ist nach Verf., daß man ein eben solches Maß von Arbeit, wie der Krebsmikrobenforschung, auch den anderen Krebsfragen zuwendet: Den embryonalen, morphologischen, chemischen und funktionellen Eigenschaften des Karzinoms, den Nerven- und Arterienveränderungen in den Geschwülsten, den geographischen, klimatischen Beziehungen usw.

Es ist nicht richtig, daß die Geschwulstkeimtheorie uns zu Fatalisten macht, die in stoischem Gleichmut die Entwicklung der in ihrem Körper ruhenden Keime abwarten müssen, im Gegenteil, sie weist uns den lokalen Ursprung der Geschwulst und die Möglichkeit ihrer Heilbarkeit durch lokale operative Maßnahmen.

H. Ebbinghaus (London).

---

4) **Kropáč.** Ein Beitrag zur weiteren Differenzierung der Gangrène foudroyante.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 1.)

Erst die Bakteriologie hat uns eine genaue Kenntnis von der Gasphlegmone gegeben, die von verschiedenen Klinikern mit verschiedenartigen Namen, wie Sépticémie gangrèneuse, Gangrène foudroyante usw. bezeichnet wurde. Vorher war das Bild dieser Krankheit nicht exakt festgestellt, und es wurden ihr auch Fälle zugerechnet, die nicht in den Rahmen des Krankheitsbildes gehören. Verf. bespricht zuerst die Literatur der Gasphlegmonen, soweit es sich um eine Reininfektion mit dem Bazillus emphysematosus Fraenkel handelt, um dann einen selbst beobachteten Fall zu schildern, den er indes aus dem Rahmen der Gasphlegmonen ausscheidet, um ihn als Gangrène foudroyante Fraenkel oder als Necrosis emphysematosa Fraenkel zu bezeichnen, und zwar deswegen, weil er sich durch das klinische Bild, durch Nekrose, Zerfall, mächtige Gasentwicklung, Fehlen von Entzündung und Eiter, wie auch durch den pathologisch-histologischen Befund von den Gasphlegmonen auszeichnet; ferner weil man experimentell bei Tieren mit frischen Kulturen des Fränkel'schen Gasbazillus dasselbe Bild der Gasnekrose wie beim Menschen erzeugen kann und weil keine andere Bakterienart dasselbe Bild hervorzurufen vermag als jener genannte Fränkel'sche Bazillus. Diese Gründe bestimmen den Verf. auch, die durch eine Infektion mit diesem Mikroben erregte Infektion und Gasnekrose aus der Reihe der Gasphlegmonen überhaupt auszuscheiden und vorzuschlagen, jede durch die spezifischen Gasmikroben Fränkel's hervorgerufene Gasnekrose in Zukunft als Necrosis emphysematosa Fraenkel oder Gangrène foudroyante Fraenkel zu bezeichnen. Von dieser Form trennt er dann die Phlegmone emphysematosa und das Oedema malignum. Während die nach Fränkel benannte Krankheit durch die primäre Gasentwicklung mit fortschreitender Nekrose charakterisiert ist, welche, ohne alle Entzündungserscheinungen verlaufend, oft in Gangrän übergeht, kommt es bei der Phlegmone emphysematosa unter den Symptomen einer deutlichen Entzündung zu Eiter- und Gasentwicklung, oft auch zu Gangrän. Bei dem Oedema malignum ist die Gasbildung ein nebensächliches, gar nicht konstantes Symptom.

Die Fränkel'sche Nekrose entsteht am häufigsten an den Extremitäten nach Traumen, komplizierten Brüchen, bei denen die

Wunde durch Staub, Lehm oder Kot verunreinigt ist, ferner nach Injektionen und selten nach Schußverletzungen.

Die Prognose ist eine sehr ernste und hängt vornehmlich ab vom raschen radikalen Eingreifen, d. h. der frühzeitigen Amputation des befallenen Gliedes oberhalb der emphysematösen Stelle. Ist das Organ einer Absetzung nicht zugänglich, so sind ausgedehnte Inzisionen erforderlich, außerdem Insufflationen von Sauerstoff in das Gewebe. Der Luftzutritt zum Gewebe soll möglichst wenig behindert werden. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

5) **M. Perez.** Inyectador de gases antisepticos.
(Revista de med. y cir. pract. de Madrid 1903. Nr. 810.)

1) Die antiseptischen Gase sind infolge ihrer natürlichen Eigenschaften geeigneter als die antiseptischen Flüssigkeiten, um Fistelgänge von großer Länge und Unregelmäßigkeit zu desinfizieren.

2) Die Injektion kann besser dosiert werden, da die Gase nicht mechanisch wirken.

3) Die medikamentöse Wirkung ist direkter und die Vernarbung erfolgt daher schneller. **Stein** (Wiesbaden).

6) **Ribera y Sans.** Décès post-opératoires.
Madrid, 1903. 127 S.

R. bespricht in dieser kleinen Schrift auf Grund einer sehr umfangreichen praktischen Erfahrung die nach den Operationen eintretenden Todesfälle. Er gibt dabei nur die Anschauungen wieder, die er sich selbst im Laufe vieler Jahre gebildet hat. Die sehr lesenswerte Arbeit, welche hier leider nicht ausführlich genug wiedergegeben werden kann, gibt neben dem eigentlichen Thema durch die außerordentlich zahlreichen praktischen Fälle, die geschildert werden, ein interessantes Bild von dem gegenwärtigen Stande der chirurgischen Wissenschaft in Spanien. Verf. stützt seine Erfahrungen auf 310 Todesfälle, die er selbst beobachtet hat. Er teilt dieselbe in folgender Weise ein.

1) Die Operation selbst ist die Ursache des Todes.

Der Tod tritt entweder ein, weil die Operation auf Grund einer falschen Diagnose gemacht war, z. B. eine Kraniektomie in einem Falle von Erweichung eines ganzen Hirnabschnittes, in der Annahme, es handle sich um einen Abszeß. Ebenso kann es vorkommen, daß die Operation unvollkommen ist, z. B. man diagnostiziert einen Hirnabszeß, man findet ihn nach der Trepanation nicht; trotzdem beweist die spätere Autopsie sein Vorhandensein.

Weiter gibt es Operationen, die den Verlauf der Krankheit nicht aufhalten können. Hierher gehören die Operationen wegen Darmverschluß durch inoperable Geschwülste und alle Operationen, die nur zu diagnostischen Zwecken ausgeführt werden. Man könnte hierher auch die Rezidive im eigentlichen Sinne rechnen. Ebenso

den Tod infolge allgemeiner Körperschwäche nach Operationen wegen septischer Prozesse.

Der Tod kann eintreten, weil die Operation zu spät ausgeführt wurde, z. B. bei eingeklemmten Brüchen, bei einigen Formen von Darmverschluß, bei Trepanation wegen Blutung. Hierher gehört vielleicht auch der Tod durch Inanition nach wohl ausgeführter Gastrotomie resp. Gastroenterostomie.

2) Der Tod wird verursacht durch eine infolge der Operation eingetretene Komplikation.

Hierher gehören zunächst die Fälle, in denen durch Verunreinigung der Operationswunde aus irgend einem Grunde septische Prozesse den Tod herbeiführen, weiter der Tod infolge Kollaps bei oder nach der Operation, die Embolien und die Blutungen.

3) Der Eintritt des Todes ist veranlaßt durch die Natur des Organs, an dem die Operation stattgefunden hat.

1) Tod durch allzu großen Verlust von Liquor cerebrospinalis. 2) Plötzlicher Tod bei Operationen am Hals infolge Lähmung der dort verlaufenden, die Atemmuskulatur versorgenden Nerven oder auch des Vagus. 3) Tod infolge von Pneumothorax bei Operationen an der Pleura. 4) Tod bei Operationen am Verdauungskanal, herbeigeführt durch Fisteln oder Darmverschluß. Hierher gehört auch der plötzliche Tod nach Laparotomie wegen Leberkrebs. 5) Tod infolge von Gangrän nach Operationen wegen Aneurysmen an den Extremitäten.

4) Tod infolge von Krankheiten anderer Organe, deren Diagnose nicht gestellt worden war.

Hierher sind zu rechnen: Urämie, Diabetes, Veränderungen des Herzmuskels, Neubildung an inneren Organen bei einer an anderer Stelle diagnostizierten bösartigen Geschwulst.

5) Tod infolge interkurrenter Krankheiten: Bronchopneumonie, Apoplexie, Infektionskrankheiten. **Stein** (Wiesbaden).

---

7) **M. Perez.** La termo-eterización como medio de calcular la resistencia de un enfermo para las consecuencias del acto quirurgico.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid 1903. Nr. 810.)

1) Heiße Ätherdämpfe von 39—40° bewirken eine Vermehrung des Pulses und Erhöhung der Körpertemperatur um $2^1/_2$°.

2) Bei den Kranken, deren Körperenergie geschwächt ist, tritt diese Reaktion nicht auf; unter solchen Umständen soll man von einem größeren operativen Eingriff absehen.

3) Tritt dagegen auch bei sonst schwachen Kranken die Reaktion ein, so kann man unbesorgt operieren. **Stein** (Wiesbaden).



8) **Pollatschek.** Neuere therapeutische Versuche beim Erysipel.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 11.)

P. berichtet über 300 Erysipelfälle, die er am Kaiser Franz Josefs-Spital in Wien zu beobachten und mit verschiedenen neueren Mitteln zu behandeln Gelegenheit hatte. Als Normalverfahren empfiehlt Verf. Behandlung mit Umschlägen von eiskalter essigsaurer Tonerde im akuten Stadium und mit Borvaselin in der Rekonvaleszenz. Diese Behandlungsmethode gibt ebenso gute Resultate, wie die Behandlung mit rotem Licht, weshalb von der Einrichtung eines roten Zimmers abzuraten ist. Das Mesotan erwies sich nicht nur als wirkungslos, sondern machte in einzelnen Fällen sogar Beschwerden (Brennen) und verursachte Ekzembildung. Auch das intravenös injizierte Argent. colloidale Credé erwies sich als völlig wirkungslos. Als ein gutes symptomatisches Mittel bewährte sich das Anästhesin, das die Schmerzen lindert.

Von den 300 zur Beobachtung gekommenen Pat. starben 14 = 4,6%.

Silberberg (Breslau).

---

9) **S. Jellinker.** Elektropathologie: Die Erkrankungen durch Blitzschlag und elektrischen Starkstrom in klinischer und forensischer Darstellung.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1903.

In dem vorliegenden Buche sind eine Reihe früherer Veröffentlichungen aus den Jahren 1899—1903 verwertet, die indes durch mannigfaltige Beobachtungen und Experimente ergänzt und erweitert sind, so daß ein umfassendes Werk entstanden ist, welches ein einheitliches Bild von der Bedeutung des elektrischen Starkstromes für die praktische Medizin gibt. Dem eigentlich klinischen Teile sind zwei Kapitel vorausgeschickt, die sich mit den allgemeinen physikalischen Gesetzen und der Elektrotechnik beschäftigen, während am Schluß des Werkes die drei letzten Kapitel die Begutachtung von Unglücksfällen, forensische Diagnostik und Hygiene behandeln.

Im einzelnen erscheinen besonders beachtenswert die mikroskopischen Befunde des Zentralnervensystems von Menschen, die durch elektrischen Strom getötet sind, sowie bei Tierexperimenten des Verf.s.

Während makroskopisch häufig an den inneren Organen keinerlei Veränderungen nachzuweisen sind, gelang dies mikroskopisch fast regelmäßig. Es waren in frischen Fällen parenchymatöse Blutungen oder Gefäßrupturen, während die Veränderungen in älteren Fällen, besonders bei Tierexperimenten, in Veränderung der Zellen und Degenerationen bestanden, die den im Leben beobachteten Lähmungserscheinungen entsprachen.

Hieraus ergibt sich

1) für die Diagnose:

daß die durch elektrischen Kontakt verursachten Lähmungen, welche bisher als nervöse und funktionelle Störungen aufgefaßt wurden, häufig auf materiellen organischen Veränderungen beruhen.

Es können ferner diese mikroskopischen Befunde in den Fällen, wo zwar anamnestisch als Todesursache Starkstrom oder Blitzschlag angenommen wird, äußerlich indes und makroskopisch — wie dies durchaus nicht selten — keine Schädigungen objektiv nachzuweisen sind, forensisch von entscheidender Bedeutung werden.

2) für die Therapie:

Von Aspinal ist empfohlen, elektrisch Verunglückte, die bewußtlos, mit abwärts hängendem Kopf zu lagern, weil er annimmt, daß durch den heftigen Reiz des elektrischen Traumas eine starke Anämie des Gehirns verursacht wird, infolge deren die Gehirnzentren ihre Funktion einstellen.

Dem gegenüber betont J., daß umgekehrt eine derartige Maßnahme verhängnisvoll werden kann, da eine passive Hyperämie zu weiteren Blutungen aus den verletzten Gefäßen führen kann.

Er empfiehlt vielmehr mit Kratter die Venaesektion oder vorsichtige Lumbalpunktion.

Im Kapitel »Hygiene« gibt Verf. eine von ihm konstruierte Isolierzange an, da es bekanntermaßen schwer ist, einem in dünnen Telephondraht verwickelten Menschen Hilfe zu leisten, ohne selbst dabei Schaden zu leiden.

Dieselbe hier zu beschreiben würde zu weit führen, sie dürfte indes für Stätten erster Hilfeleistung und für elektrische Großbetriebe von Wert sein.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis beschließt das Werk, das jedem Arzte, besonders in forensischen Fragen und bei der Begutachtung von Unglücksfällen recht gute Dienste leisten kann.

Coste (Straßburg i. E.).

---

10) **D. Taddei** (Padua). Sulla emostasia nelle resezioni del fegato.

(Seravezza, **Boldrini,** 1902. 54 S.

T. hat es übernommen, den von Burci (cf. d. Zentralbl. 1898 p. 1276) eingeschlagenen Weg der Blutstillung bei der Resektion größerer Leberstücke experimentell zu prüfen und kritisch abzuschätzen. B. hat bei einer besonders großen Echinokokkuscyste eine elastische Ligatur um den schwachgestielten Lappen gelegt, vor ihr mehrfach die Leber in der ganzen Dicke mit doppelten Fäden durchstochen, die einen hinter dem Schlauche geknüpft, um das Abgleiten zu verhindern, die anderen zur Vereinigung der Wundränder mit dem Bauchfell. Am 7. Tage wurden der Schlauch und die Fäden abgestoßen. Dauernde (3 Jahre) Heilung ohne Narbenektasie.

T.'s ausführliche Versuchsreihen an Kaninchen und Hunden, sowie an Kadavern ergeben, daß dieses Vorgehen die beste Sicher-

heit gegen sofortige und Nachblutungen bietet; daß nicht nur die Blutstillung, sondern auch der Schutz von Lufteintritt ein absoluter ist; die Verbindung von Schlauch und Knopfnähten bietet nur Vorteile; das Material ist stets zur Hand, während Thermokauter, Forcipressur usw. versagen können. **J. Sternberg** (Wien).

11) **Ricketts.** Infection of the gall bladder and biliary duct contents.

(Vortrag auf der 54. Jahresversammlung der Americ. med. associat.)
(Journ. of the americ. med. associat. 1903. Oktober 24.)

Die Gallenblase des Gesunden liegt den Nachbareingeweiden Duodenum, Magen, Kolon und dem Peritoneum parietale, dicht an; bei Erkrankung kann sie mit den Hohlorganen Anastomosen eingehen. Diese bedeuten häufig keine Heilung, sondern Verschlimmerung, da durch sie das Gallenssystem infiziert wird. Auch auf anderem Wege kann Infektion mit schwerer Schädigung des Befallenen erfolgen. Die Gallenblase kann allein infiziert sein mit Freibleiben des Ductus cysticus. R. nimmt an, daß eine Gallenblaseninfektion durch die Wandung der Blase hindurch stattfinden kann, z. B. bei Typhus. Durch Stauung von Sekret wird die Gallenblase größer und knickt am Ausführungsgang ab, so daß dieser frei und offen sein kann trotz bestehenden Empyems der Gallenblase. Die Diagnose auf Gallenblaseninfektion kann nach R.'s Ansicht mit derselben Sicherheit gestellt werden, wie die auf Appendicitis. Mäßiges Fieber, Kraft- und Gewichtsverlust, gelbliche Blässe der Haut, verbunden mit einem heftigen, durch tiefen Druck auf die Gallenblasengegend hervorzurufenden Schmerz sollen die sicheren Kennzeichen sein. Gleichzeitige Gelbsucht ist als schwere Komplikation zu betrachten. R. stellt dann die vom infizierten Gallensystem drohenden Gefahren dar. Ist die Diagnose auf Gallenblaseninfektion sicher gestellt, so soll man nicht lange zögern, die Cholecystostomie auszuführen; denn sie führt sicher zum Ziel und verhindert die Allgemeininfektion, während dies auf medikamentösem Wege nicht zu erreichen ist. Die Fistel kann unter lokaler Anäthesie angelegt werden; man hält den zu Operierenden zur Narkose vorbereitet, falls unerwartete Schwierigkeiten, z. B. zahlreiche Verwachsungen, gefunden werden. Finden sich Steine im Ductus choledochus, so sollen sie ins Duodenum oder in die Blase verlagert werden; gelingt dies nicht, so soll das Duodenum eröffnet und von der Ausmündungsstelle des Gallenganges mit Sonde der Stein nach sorgfältiger Dilatation, verlagert werden. (Das dürfte oft sehr große Schwierigkeiten haben! Ref.) Die Gallenblasenfistel schließt sich nach Abheilung der Infektion sehr bald.

Diskussion: Dunning (Indianopolis) warnt vor größeren Operationen bei bestehender Gelbsucht. Nur die Anlegung einer Gallenblasenfistel will er dann vollziehen, die Heilung der Gelbsucht abwarten und dann weitere Operationen (Entfernung von Cysticus- und

Choledochussteinen) vornehmen. **Thienhaus** (Milwaukee) nimmt die Entfernung von Choledochussteinen vom Duodeuum aus nur vor, wenn sie im unteren Teil oder schon in der Papille liegen. Anführung eines auf diese Art operierten und geheilten Falles. **Haldermann** (Portsmouth): Die Diagnose ist nicht immer frühzeitig zu stellen möglich, der lokalisierte Schmerz ist kein sicheres Zeichen, er kann bei älteren Leuten auch auf bösartige Neubildung deuten. In zweifelhaften Fällen macht er Probeinzision. **Marey** (Boston): Das wichtigste ist, die praktischen Ärzte aufzuklären über die bisher zu wenig gewürdigten Symptome der Gallensystemerkrankungen, damit sie die Kranken rechtzeitig zur Operation bringen. **Dudley** (Neuyork): Bei Empyem der Gallenblase faßt er letztere nach Freilegung mit feinen Zangen, saugt den Inhalt mit der Spritze aus und wäscht wiederholt mit Formalin 1 : 500. Erst dann eröffnet er.

Trapp (Bückeburg).

12) **Goldberg.** Die Verhütung der Harninfektion. Handhabung der Asepsis bei der Behandlung der Harnkrankheiten.

Wiesbaden, **J. Bergmann,** 1904. 125 S. 30 Abbildgn.

In einem allgemeinen Teile bespricht der Verf., nachdem er einleitend das Wesen der Harninfektion, sowie die Erreger derselben kurz skizziert, genau und ausführlich die Maßnahmen, die getroffen werden müssen zur Desinfektion des Arztes, des Pat., der Instrumente und allfällig in die Harnröhre einzuspritzender Flüssigkeiten, die prophylaktische intravesikale Blasendesinfektion, die interne Urinantisepsis. Im speziellen Teile werden die a- und antiseptischen Maßnahmen bei den verschiedenen urologischen Eingriffen beschrieben. Da die a- und antiseptischen Grundsätze der allgemeinen Chirurgie auch für die Urologie gelten, so ergeben sich eigentlich für den Chirurgen die meisten der beschriebenen Maßnahmen von selbst; es läßt sich aber nicht leugnen, daß die Lage und Eigentümlichkeiten der Harnorgane und die Beschaffenheit eines Teiles der zur Verwendung kommenden Instrumente Besonderheiten bedingen, und daß deshalb die Abfassung einer speziellen urologischen Desinfektionslehre gerechtfertigt war und vielleicht einem Bedürfnis entgegenkommt.

F. Brunner (Zürich).

13) **J. Bommarito.** I restringimenti uretrali da causa blennorragica e la loro cura.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 9.)

B. bespricht in einer ausführlichen Studie die neuesten Anschauungen über die Verengerungen der Harnröhre auf blennorrhoischer Grundlage. Nach einer an Literaturangaben überreichen Zusammenstellung der letzten Beiträge zur pathologischen Anatomie der Harnleiterstrikturen stellt B. sich so ziemlich auf den Standpunkt der großen Arbeit von **Melville, Wassermann** und **Hallé**

von der »Urethritis sclerosans«. Auch die therapeutischen Prinzipien und die darauf basierten Vorschläge erfahren im nächsten Kapitel eine eingehende Kritik. B. teilt zur Wahl der Behandlungsweise die Strikturen ein in solche, welche von kurzer Dauer und geringer Ausdehnung sind — sie sind der Dilatationsbehandlung zu unterziehen —, und in solche älteren Datums und mit »manifester Sklerose der Harnröhre« — geeignet zur Urethrotomia interna mit vier Schnitten und sofort anschließender rasch steigender Dilatation. Zur Ausführung der Urethrotomie verwendet er sein Urethrotom, das eine unwesentliche Modifikation des Maisonneuve'schen darstellt.

B. legt keine Dauersonde nach der Operation ein, wenn der Harn klar und die Nieren gesund sind. Er empfiehlt wärmstens, die Dilatation jedenfalls so weit als möglich (54—58 Béniqué = 27—29 Charrière) zu bringen. Die äußere Urethrotomie verwirft er ganz. **J. Sternberg** (Wien).

14) **C. Mansell Moullin.** On the present treatment of the enlarged prostate.

(Lancet 1903. Dezember 5.)

Wenn auch ein Teil der Prostatiker bei täglich 1—2maligem Katheterisieren sich eines relativ ungestörten Wohlbefindens erfreuen, so sind deren doch leider nur wenige. Wo sich die ersten Störungen infolge Unzulänglichkeit dieser Methode zeigen, soll ein anderer Behandlungsweg eingeschlagen werden. Man orientiere sich zunächst über die Art des Leidens! Ist es eine einfache Kongestion des venösen Plexus am Blasenhals?, ist es ein über die Norm hinausgehendes Wachstum der Drüse selbst?, ist es beides kombiniert? Im ersteren Falle rät Verf. zunächst die »konstitutionelle« Behandlung an: Bettruhe, heiße Bäder, Diät, freies Purgieren. Ist dieses nicht ausreichend, so ist nach Verf. die — in England allerdings noch nicht populäre — Bottini-Freudenberg'sche Operation am Platze. Eine Wachstumshemmung der Drüse infolge dieser Operation scheint Verf. unwahrscheinlich. Für die durch nervöse Reizung hervorgerufene aktive Kongestion erweist sich nach Verf. die Durchschneidung des Vas deferens oder besser der es begleitenden Nerven von Nutzen. Die geschwulstartige Vergrößerung der Drüse selbst kann nur durch Entfernen derselben behandelt werden. Blasendrainage ist nur in hoffnungslosen Fällen anzuwenden. Die Entfernung der Drüse selbst wird auf zwei Wegen erreicht: (a. Atrophieerzeugung durch Operationen an Hoden oder Samensträngen (nach amerikanischen Autoren in 85% der Fälle erfolgreich), oder b. operatives Eingreifen der Drüse selbst, wobei der perineale Weg nur bei geschrumpfter, rigider Blasenwand einzuschlagen ist. Nach McGill's Vorschlag operiert Verf. seit 12 Jahren meist suprapubisch mit guten Erfolgen und schließt an die Ausschälung der Drüse stets eine Exploration des Pars prostatica urethrae an. **H. Ebbinghaus** (London.)

15) **Jacoby.** Ein Beitrag zur Therapie profuser Blasenblutungen.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XIV. Hft. 9.)

Verf. weist darauf hin, daß die Blasenblutungen manchmal einen bedrohlichen Charakter annehmen und nur durch Sectio alta zu bewältigen sind, daß aber letzterer Eingriff bei alten Leuten oft nicht mehr ausführbar sei. Er hat deshalb versucht, durch ein katheterartiges Instrument hindurch mittels eines besonders konstruierten Mandrins (Stopfer) die Blase mit einer 6 cm breiten Mullbinde, von der er bis 20 m hineinbringen konnte, zu tamponieren. Neben dem in der Harnröhre liegenbleibenden Gazestreifen soll der Urin freien Abfluß haben. Die Idee ist vielleicht gut, doch ist das Verfahren bis jetzt noch nie am Lebenden, nur an der Leiche probiert worden!

F. Brunner (Zürich).

---

16) **A. Marrassini** (Pisa). Contributo allo studio delle alterazioni del testicolo consecutive alle lesioni del cordone spermatico e in modo speciale del dotto deferente.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 9.)

Die zahlreichen Tierversuche (an Hunden) M.'s hatten zum Vorwurf, die Veränderungen des Hodens nach Verletzungen des Samenstranges, besonders des Ductus deferens, zu studieren. Eine Reihe betraf die Folgen der Resektion des aus seinen Hüllen isolierten Ductus; eine zweite die Folgen bei mäßigem Verschluß desselben; eine dritte bei Verletzungen der Hüllen des Samenstranges; eine vierte nach Resektion des Ductus deferens samt Hülle und Bindegewebe. Andere Versuchsreihen beschäftigen sich mit ähnlichen Verletzungen an ganz jungen und an sehr alten Tieren.

Die Resultate der rein anatomischen Arbeit bekräftigen im großen ganzen die derzeitigen Anschauungen. Sie betonen den getrennten Einfluß eines neurotrophischen und eines »neurospermatischen« Reizes; der eine dürfte den N. spermaticus, der andere den Plexus D. defer. bezw. spermaticus passieren. Diesen entsprachen die Veränderungen, die einerseits unter dem Bilde der Retention, andererseits unter dem der Sklerosierung der Epithelien einhergehen.

J. Sternberg (Wien).

---

17) **M. Runge.** Lehrbuch der Gynäkologie. 2. Aufl.

Berlin, **Julius Springer,** 1903.

Kaum 2 Jahre sind vergangen seit dem Erscheinen der 1. Auflage dieses trefflichen Lehrbuches, und schon liegt dasselbe in vermehrter und den Fortschritten der Gynäkologie entsprechender Umarbeitung vor. Unsere Vorhersage einer bald erforderlichen Neuauflage, die wir bei der Besprechung des Buches in diesem Blatte im vorigen Jahre aufstellten, ist daher rasch genug in Erfüllung ge-

gangen. Der Text ist um 25 Seiten, die Zahl der Abbildungen um 18 vermehrt worden.

Die Einteilung des Stoffes ist dieselbe geblieben, und sei deswegen auf unsere frühere Besprechung (cf. dieses Bl. 1902 p. 79) verwiesen. Die Veränderungen des Textes beziehen sich hauptsächlich auf die Fortführung und Ergänzung der gynäkologischen Literatur der letzten 2 Jahre und die dadurch etwa bedingten veränderten Anschauungen. Als Beispiel nenne ich das Kapitel über Chorioma (Chorion-Epitheliom), wo R. die früher mitaufgeführten Synonyma »Syncytioma malignum und Carcinoma syncytiale« jetzt fortgelassen und auf die von Pick und Peters beschriebenen merkwürdigen Befunde von anscheinend primärem Scheidenchoriom hinweist. Die Abbildungen sind nicht nur vermehrt, sondern auch verbessert.

Alles in allem kann das R.'sche Werk als eins der besten z. Z. vorhandenen Lehrbücher der Gynäkologie bezeichnet und jedem angehenden Gynäkologen als Leitfaden und dem praktischen Arzt als Führer empfohlen werden.

Jaffé (Hamburg).

---

18) **Richelot.** De la dégénérescence maligne du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale pour fibrome.

(Bull. de l'acad. de méd. Année LXVII. Nr. 34.)

Nach R. ist weder das Zusammentreffen von Myom und Krebs auf demselben Uterus, noch die bösartige Vernarbung des nach Hysterektomie wegen Myom zurückgebliebenen Stumpfes etwas Zufälliges: es sind fibrös-parenchymatös entartete Uteri mit Adenom der Schleimhaut, auf denen sich Myome, es sind dieselben, auf denen sich Karzinome entwickeln; in einer großen Reihe wegen Krebs entfernter Gebärmütter — die alle vergrößert, parenchymatös-fibrös verändert waren — hat er kleine Fibrome wahrnehmen können. Die logische Operation bei Fibromyomatosis uteri ist demnach die totale Hysterektomie.

Christel (Metz).

---

19) **A. Monprofit.** Chirurgie des ovaires et des trompes.

Paris, Institut internat. de bibliographie scientifique, 1903.
XII u. 453 S. nebst 260 Figuren im Texte.

In dieser groß angelegten Arbeit behandelt M. die Erkrankungen der Uterusadnexe (Ovarien und Tuben) vom chirurgischen Standpunkte. Der erste Teil, den man als den historischen bezeichnen könnte, umfaßt die früher üblichen und jetzt verlassenen konservativen Operationen an den Adnexen, der zweite bespricht die modernen konservativen, der dritte die modernen radikalen Adnexoperationen. Das Werk darf als ziemlich vollständig bezeichnet werden und ist auf ausgedehnten fremden und eigenen Erfahrungen, die sich über einen Zeitraum von 15 Jahren erstrecken, gegründet. Beim Durchlesen der einzelnen Operationen ist man erstaunt, welche Fülle von Methoden bisher erfunden und — wieder vergessen worden sind. So bringt eine Übersichtstafel über die hauptsächlichsten Operationen

an den Adnexen für die Tuben nicht weniger als 17 Methoden auf abdominalem Wege und 11 auf vaginalem Wege.

Unter den konservativen Operationen an den Eierstöcken findet sich eine, die M. als seine Erfindung bezeichnet und intra-abdominale Massage des Ovariums benennt. Sie erscheint angezeigt bei chronischer Hyperämie des Ovariums mit oder ohne Verwachsungen und bei pariovarialen Varicen. Die Operation geschieht in der Weise, daß nach Eröffnung der Bauchhöhle und Isolierung des Eierstockes letzterer hervorgezogen und mehrere Sekunden nach verschiedenen Richtungen sanft geknetet wird. Kleine Cysten und Bläschen können hierbei zum Platzen gebracht werden.

Die Einteilung des Buches ist nicht die bei uns übliche nach Krankheiten, sondern nach Operationen, so daß manche Wiederholung nicht zu vermeiden war. Wir halten trotzdem das M.'sche Werk für eine wertvolle Bereicherung der gynäkologisch-chirurgischen Literatur, das jedem, der auf diesem Gebiete zu arbeiten beabsichtigt, von großem Nutzen sein kann. **Jaffé** (Hamburg).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus Dr. Fopp's und Dr. Eckstein's orthop.-chirurg. Anstalt.)

Zur Paraffinnasenplastik.

Von

Dr. H. **Eckstein** in Berlin.

Ein 24jähriges Mädchen hatte wegen einer schweren, wahrscheinlich hereditärluetischen Sattelnase vor $2^1/_2$ und vor 1 Jahre Vaselininjektionen bekommen, die

Fig. 1.



Fig. 2.



indessen den Zustand nur wenig besserten. Als sie in meine Behandlung trat, war die Haut des ganzen Nasenrückens mit der Unterlage völlig verwachsen und

narbig verändert, was teilweise auf die Injektion, teilweise auf eine nach dem ersten Eingriff entstandene Infektion zurückzuführen sein dürfte (Fig. 1). Ich löste nun zunächst in Narkose subkutan die ganze adhärente Partie in der anderweitig (Berliner klin. Wochenschrift 1903 Nr. 12 u. 13) beschriebenen Weise ab und injizierte in den nächsten Tagen zweimal Hartparaffin vom Schmelzpunkt 58°. Die Besserung war bedeutend, aber ein völliger Ausgleich des Sattels, den die Pat. zur Verbesserung ihrer sozialen Lage dringend wünschte, ließ sich bei der ca. 1/2 cm dicken, unnachgiebigen Haut nicht erzielen. Deswegen machte ich nun auf der rechten Seite des Nasenrückens eine etwa 3 cm lange Inzision, von der aus die noch nicht wieder verwachsene Narbenpartie sich leicht lüften ließ. Nun schnitt ich aus einer Hartparaffinplatte (Schmelzpunkt 75°) einen Keil zurecht der dem entstandenen Hohlraum angepaßt wurde. Er ließ sich mit dem dicken Ende nach unten hineinschieben, worauf die Wunde nach vorheriger Unterminierung der Ränder ohne Spannung durch einige Knopfnähte vereinigt wurde. Die Heilung verlief völlig glatt, das Resultat (Fig. 2) war außerordentlich befriedigend.

Zur Einschränkung der Blutung bediente ich mich hier, wie schon seit einem Jahre bei Nasen- und anderen Gesichtsplastiken, des Adrenalins resp. Suprarenins Höchst. Einige Tropfen davon der Schleich'schen Lösung zugesetzt wurden nach Beginn der Narkose injiziert (bei ganz wachen Pat. hört man sonst manchmal Klagen über Herzklopfen), nach 5—10 Minuten wird das Gewebe dann fast ganz blutleer. Nachteile habe ich dabei nie gesehen.

20) **S. de Mendoza.** Medio rapido y sencillo para esterilizar todos los instrumentos quirurgico a la temperatura ambiente.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid 1903. Nr. 809.)

Beschreibung eines Sterilisationsapparates für Verbandstoffe und Instrumente aus Metall, Gummi, Holz usw. Die Sterilisation geschieht im Laufe einer Viertelstunde und wird bewirkt durch Überleitung sich konstant erneuernder Formalindämpfe über die zu sterilisierenden Gegenstände. Der ganze äußerst einfache Apparat besteht aus einem Kasten, in welchem die Instrumente usw. in Fächern untergebracht sind; neben diesem Kasten steht ein das Formalin enthaltendes Gefäß, aus dem ein Rohr in das Innere des Kastens geleitet ist, während ein zweites aus dem Formalinbehälter abgeleitetes Rohr mit der äußeren Luft kommuniziert. Am anderen Ende des Kastens ist das Luftaustrittsrohr. Dieses steht unter Vermittlung eines Schlauches mit einer beliebigen Wasserleitung von starkem Druck in Verbindung; der Wasserstrahl erzeugt im Sterilisationskasten einen luftverdünnten Raum, der die mit Formalindämpfen geschwängerte Luft von außen durch das Formalingefäß hindurch ansaugt. So entsteht ein konstanter Formalin-Luftstrom in dem Sterilisationskasten, der nach den genau angestellten bakteriologischen Kontrollversuchen alle pathogenen Keime in längstens 15 Minuten abtöten soll. S. führte unter Anwendung dieser Sterilisationsmethode 117 größere Operationen ohne Zwischenfall aus; darunter befanden sich Laparotomien, Nephrektomien, Operationen wegen Appendicitis usw.

Stein (Wiesbaden).

21) **E. Wagner** (Dresden). Transportabler Heißluft-Badeapparat mit Lagerbahre.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Nr. 9.)

Der Apparat, in eine mit queren Gurten bespannte Lagerbahre eingelassen, ist zylindrisch; der obere Teil (Deckel mit Luftschieber, Handgriff und Thermometer) ist abhebbar; Segeltuchvorhänge bewirken Luftabschluß. Zum Heizen dient Gas oder Spiritus. Das Innere ist mit Asbest ausgekleidet. Der Körper ruht in dem Kasten, so daß die Luft überall, besonders auch an den auf Gurten liegenden Rücken, herankommt. Verbrennungen sind ausgeschlossen.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

22) **P. Caesar.** Wärme- oder Kühlvorrichtung, »Zirkulator«.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Nr. 7.)

Ein Irrigator, wärmbar und so eingerichtet, daß das abfließende Wasser durch einen Schlauch nach aufwärts zum Irrigator zurückgeführt und so eine Art permanenter Zirkulation erzielt wird. Um dies zu erreichen, ist ein Zug-Druckventil in den Schlauch eingeschaltet. Dem zirkulierenden Wasser kann man jede beliebige Temperatur geben. Für Harnröhre, Prostata, Blase, Mastdarm besonders zu empfehlen. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

23) **Drescher.** Hautspalter für chirurgische Zwecke.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Nr. 10.)

Das Instrument, ein in einem taschenuhrähnlichen Gehäuse verstecktes Messer, welches, drehbar im Gehäuse einem Spalt gegenübergestellt, durch den Spalt hindurch in die Haut schlägt, um Furunkel zu öffnen, Blutproben zu entnehmen usw. Das Schnellen des Messerchens, welches in verschiedenen Größen eingesetzt werden kann, geschieht so momentan, daß Pat. des Schnittes nicht inne, Lokalanästhesie also überflüssig wird. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

24) **H. Röder.** Zur Methodik der subkutanen Kochsalzinfusionen.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Nr. 5.)

R. empfiehlt zu obigen Infusionen ein besonderes Besteck mit einer leicht sterilisierbaren Spritze von 100 g Inhalt, Schlauch und Kanüle. Ein gabelförmiger Schlauch gestattet gleichzeitig an zwei Stellen zu injizieren. Für Asepsis ist gesorgt, Lufteintritt wird vermieden. Abbildung im Original.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

25) **Preindlsberger.** Mitteilungen aus der chirurgischen Abteilung des Bosn.-Herzeg. Landesspitales in Sarajevo.

Sarajevo, Landesdruckerei, 1903. 199 S. 32 Abbildungen im Text.

P. giebt hier einen Bericht über die in den Jahren 1897—1900 in der von ihm geleiteten Anstalt behandelten Erkrankungen und ausgeführten Operationen. Die auf den ersten 29 Seiten gegebene Operationstabelle dürfte wenig glücklich angeordnet sein; sie zählt die einzelnen Operationen nach ihren Namen alphabetisch geordnet auf, wodurch ganz heterogene Dinge zusammenzustehen kommen, während eng Zusammengehöriges weit auseinander gerissen wird. Die Generalübersicht, welche diese Tabelle offenbar geben soll, kann man aus ihr jedenfalls nicht erlangen, vor allem fehlt auch jeder Überblick über die Erfolge der einzelnen Operationen. In dem übrigen Teile der Arbeit werden nach zusammengehörigen Gruppen geordnet die einzelnen Krankengeschichten im Auszuge wiedergegeben; hier finden sich manche interessante Einzelheiten, die aber in einem Referate nicht wiedergegeben werden können. Die wichtigsten Fälle werden nur kurz genannt, dafür aber wird jedesmal auf die in den Sonderpublikationen enthaltene ausführliche Beschreibung verwiesen. Publikatorisch ist das Material der Anstalt in ausgiebigster Weise verwertet; seit dem Jahre 1897 sind aus der Anstalt im ganzen 48 Veröffentlichungen hervorgegangen, davon 36 von P. selbst.

Dettmer (Bromberg).

26) **Racine** und **H. Bruns.** Zur Ätiologie des sogenannten rheumatischen Tetanus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 43.)

Verff. beobachteten bei einem 20jährigen Bergmann einen Tetanus, dessen Infektionsquelle anfangs nicht eruiert werden konnte. Später gab Pat. an, daß er wegen heftiger Ohrenschmerzen sich mit Besenreisern, die er vom Boden des Schachtes aufgelesen habe, in dem Ohre gekratzt habe. Die Untersuchung des Ohrenschmutzes aus dem betreffenden Gehörgange ließ sowohl bakteriologisch wie durch Tierexperiment den Nachweis der Tetanusbazillen gelingen. Heilung durch drei Injektionen von Tetanusantitoxin. **Borchard** (Posen).

27) Poncet. Tuberculose: septicémique, rhumatismale, spécifique. Trilogie anatomique et clinique de l'infection bacillaire.

(Arch. internat. de chir. Vol. I. p. 1.)

Verf. will folgende drei Arten, in der die Tuberkulose auftritt, unterscheiden: die spezifische Tuberkulose mit Tuberkeln usw., die rheumatische Form mit den gewöhnlichen Entzündungserscheinungen, die hauptsächlich die Gelenke betrifft, endlich die infektiöse Tuberkulose, die unter dem Bilde einer allgemeinen Sepsis verläuft.

An der Hand eines Falles, bei dem der Reihe nach alle drei Formen auftraten, beschreibt Verf. die klinischen Erscheinungen derselben. Zuerst die Zeichen einer allgemeinen Infektion ohne nachweisbare Lokalisation in klinischer und wahrscheinlich auch in pathologisch-anatomischer Beziehung, dann eine Arthritis acuta, die unter dem Bild einer infektiösen Gelenkentzündung verlief, und endlich schwerere lokale Störungen, wie kalte Abszesse, Spondylitis und andere Knochenentzündungen. So zeigte dieser Kranke die von dem Verf. angenommene Trilogie der Tuberkulose. **Engelmann** (Dortmund).

28) E. Zeller. Über primäre Tuberkulose der quergestreiften Muskeln.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 3.)

Verf. teilt aus der Tübinger chirurgischen Klinik zwei neue Fälle von primärer Muskeltuberkulose mit, d. h. von solcher tuberkulöser Affektion der Skelettmuskulatur, bei der sich trotz genauester Untersuchung keine gleichartige Erkrankung der umgebenden Gewebe nachweisen läßt, die die Veranlassung zu einer Kontinuitätsinfektion bilden könnte. Auf Grund dieser beiden Fälle und 13 weiterer sicher beglaubigter Beobachtungen aus der Literatur bespricht Verf. die makroskopischen und mikroskopischen pathologisch-anatomischen Verhältnisse, das klinische Bild, die Diagnose, Therapie und Prognose der seltenen Affektion.

Blauel (Tübingen).

29) Vegas y Cranwell. Los quistes hidatidicos en la república Argentina.

Buenos-Ayres, 1901. 466 S.

Die auf die Beobachtung von 970 Krankheitsfällen von Echinokokkuscysten gestützte Schrift zerfällt in einen allgemeinen Teil, in dem die Geschichte der Echinokokkuserkrankung selber und darauf Naturgeschichte, Ätiologie, geographisches Vorkommen und Prophylaxe der Taenia echinokokkus behandelt wird, und in einen speziellen Teil, welcher das Vorkommen der Cysten in den einzelnen Organen des menschlichen Körpers schildert. Anschließend daran werden kurz die Krankheitsgeschichten von 970 in Argentinien beobachteten Fälle gegeben. Das besonders häufige Vorkommen dieser Erkrankung in den südamerikanischen Staaten erklärt sich durch das stete Anwachsen der Viehherden, die eine Morbidität an Hundewurm von 40—60% aufweisen. Die Kranken rekrutieren sich daher in der Hauptsache aus solchen Leuten, die viel mit der Bersorgung des Viehes zu tun haben. Die Behandlung muß natürlich, wenn die Diagnose einmal sichergestellt ist, stets operativ sein. Man kann die Cyste entweder in die Wunde einnähen und drainieren oder sie sofort vollkommen ausschälen. Letzteres Verfahren ist vorzuziehen, weil sich in der Umgebung der Cysten oftmals Bakterien aufhalten, die hinterher zu Eiterungen führen können. Nur bei Cysten des Gehirns und bei sehr oberflächlich gelegenen anderweitigen Cysten soll man primär vernähen. Die beobachteten Erkrankungen verteilen sich in folgender Weise: 644 Echinokokken der Leber, 68 der Lunge und der Pleura, 30 der Milz, 20 der Nieren, 26 multiple Echinokokkuscysten des Bauches, 23 Echinokokken des Gehirns, 35 im kleinen Becken und an den weiblichen Genitalorganen, 40 in der Muskulatur und dem Unterhautzellgewebe, 21 in der Orbita, 17 im großen Netz, 10 des Mesenteriums, 4 Echinokokken in den Knochen, 11 in verschiedenen Organen zu gleicher Zeit, 16 Echinokokken von verschiedener Lokalisation, die nicht

unter die früheren Gruppen einzuordnen sind, wie z. B. in einer Lymphdrüse am Hals, in der Submaxillardrüse, im Kehlkopf, in der Brustdrüse usw., 5 Fälle, bei denen die nähere Lokalisation nicht bestimmt angegeben ist.

Stein (Wiesbaden).

Die Revista de la soc. med. Argentina bringt eine größere Anzahl interessanter Krankengeschichten aus der Kasuistik der Echinokokken, speziell auch des Gehirns und der Wirbelsäule, über die zu referieren der Raum mangelt, auf die aber Interessenten hingewiesen sein mögen. Red.

30) Langemak. Zur Kenntnis der Chondrome und anderer seltener Geschwülste der Gelenke.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 1.)

In der Literatur sind erst drei Fälle von Chondromatose der Gelenkkapsel beschrieben. L. fügt zu diesen die Beschreibung eines neuen Falles, bei dem es sich um ein Chondrom handelte, welches seinen Ursprung von der vorderen Talusepiphyse genommen hatte und welches besonderes Interesse verdient, weil isolierte Knoten der Synovialis des Talonaviculargelenkes aufsaßen, die Verf. ebenfalls als primäre Geschwülste, nicht als Metastasen auffaßt, da sie wahrscheinlich wegen ihrer Stielung aus Gelenkzotten hervorgegangen sind. Zum Schluß sind noch zwei weitere Fälle beschrieben, welche Geschwülste betreffen, durch die die Gelenkkapsel in Mitleidenschaft gezogen ist. Im allgemeinen ist ja die Beteiligung der Gelenkkapsel an Geschwulstbildungen der Gelenkenden und der Knochen selten. L. konnte überhaupt nur einen einwandsfreien Fall von Garrè ausfindig machen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

31) M. A. Santas. Dos casos de sarcoma primitiva de la infancia del intestino delgado y del pulmon.

(Revista de la soc. med. Argentina Bd. X. p. 167.)

a. 4jähriger Knabe aus gesunder Familie. Die Krankheit soll erst vor 15 Tagen plötzlich begonnen haben mit Fieber und Darmbeschwerden. Nach 6—7 Tagen bemerkten die Eltern eine schmerzlose Geschwulst in der rechten Bauchseite. Wenige Tage nachher wurde der Knabe gelb, sein Kot weißlich. Eine Punktion der Geschwulst ergab eine gelbliche durchscheinende Flüssigkeit. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus fand man eine mit der Respiration nicht verschiebliche, kaum schmerzhaft fluktuierende Geschwulst unterhalb des rechten Rippenbogens bis hinab zur unteren Begrenzung der Fossa iliaca, die die Mittellinie drei Finger breit nach der linken Seite überragte. Die Operation ergab ein kolossales Sarkom. Der Kranke starb am 6. Tage nach der Operation. Die Autopsie zeigte, daß das Rundzellensarkom seinen Ausgang vom Dünndarm, wenige Zentimeter vor der Einmündung in den Blinddarm genommen hatte. Die Schleimhaut des Dünndarmes war hier in einer Ausdehnung von 15—20 cm verändert. Das Mesenterium war in die Geschwulst hineingezogen. Magen, Leber, Gallenblase, Niere waren in ihren äußeren Teilen von der Neubildung ergriffen. Der Fall erweckt besonderes Interesse wegen der außerordentlichen Schnelligkeit, mit welcher sich der Krankheitsprozeß entwickelte und wegen des beim Kinde verhältnismäßig seltenen Ausgangspunktes vom Dünndarm.

b. 4jähriges Mädchen aus gesunder Familie; fiel vor 3 Monaten 2—3 m hinab auf die linke Thoraxseite. Ein einige Tage dauernder Schmerz an dieser Stelle hörte bald auf, stellte sich jedoch nach Ablauf einiger Zeit wieder heftiger ein. Zugleich bemerkte man an der betreffenden Stelle eine kleine Geschwulst, die fast schmerzlos war und ungemein rasch wuchs. Es trat ein trockener, quälender Husten ohne Auswurf hinzu, bald darauf Fieber und Mattigkeit. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus bestand zwei Finger breit unterhalb der linken Achselhöhle eine rundliche Geschwulst unter der gut verschieblichen Haut. Die ganze linke Thoraxseite unbeweglich. Herzspitzenstoß im 4. und 5. Interkostalraum rechts zwischen Mammillar- und vorderer Axillarlinie. Einige Rippen schienen



mit der Geschwulst verwachsen zu sein. Die Auskultation ergab Atemgeräusch links und über der Spitze, die Perkussion absolute Dämpfung bis zur rechten Mammillarlinie. Verschiedene Punktionen verliefen ganz resultatlos. Die Radioskopie ergab einen zusammenhängenden Schatten entsprechend der Dämpfungszone. Die Diagnose wurde auf Sarkom der Lunge gestellt. Die Kranke starb am 23. Tage nach der Aufnahme. Die Sektion ergab eine feste Geschwulst, die die ganze linke Thoraxhälfte ausfüllte. Das Herz fand sich in der rechten Thoraxhälfte entsprechend dem klinischen Befund. Die Geschwulst erstreckte sich unten in die Bauchhöhle hinein, das Zwerchfell vor sich herwölbend. Die Pleura war noch vorhanden; im Zentrum der Geschwulst fanden sich einige Kalkablagerungen, die wohl der Stelle der ehemaligen Bronchien entsprachen. Die Rippen waren nicht zerstört, sondern nur deformiert und in die Tumormasse eingeschlossen. Neben der Wirbelsäule fand sich ein streifenförmiger Rest von Lungengewebe von einem halben Zentimeter Durchmesser. Die mikroskopische Untersuchung ergab Rundzellensarkom, wahrscheinlich von der Lunge ausgegangen. Die Pleura war gut erhalten, hämorrhagisches Exsudat fehlte. **Stein** (Wiesbaden).

32) **W. N. Heinatz.** Traumatische Verletzungen als Ursache der Neubildungen.

(Wratschebnaja Gaseta 1903. Nr. 16. [Russisch.])

H. durchmusterte 1906 Krankengeschichten aus Prof. Ratimow's Klinik und fand darunter 233 Fälle, wo Geschwülste nach Traumen entstanden.

Unter 325 Sarkomen waren 66 (20,3%) traumatisch, unter 819 Krebsen (meist an der Lippe und an der Brustdrüse) 124 = 15,1%, unter 46 gemischten Geschwülsten 4 = 8,6%, unter 716 gutartigen 39 = 5,4%. Für Krebs und Sarkom sind die Prozentverhältnisse fast identisch mit denen anderer Autoren.

H. bringt u. A. drei interessante Fälle: Entstehen eines Brustkrebses nach Stichverletzung, Auftreten einer Krebsmetastase im Oberschenkel nach Fall aufs Knie bei Nierenkrebs; Auftreten einer Sarkommetastase in der Zunge nach Stich bei Oberarmsarkom. Verf. bespricht die traumatischen Fälle für jede Geschwulstart nach der Körpergegend, nach dem Alter geordnet, teilt sie in 5jährige Perioden (6) ein, beschreibt die Art der Verletzung. Die Karzinome sind in Petersburg in den letzten Jahren häufiger geworden, die Zahl der Sarkome ist ziemlich konstant. Die meisten traumatischen, gutartigen Geschwülste sind Neurome und Angiome. Nach H. gibt das Trauma an und für sich nicht die Geschwulst selbst, sondern bildet nur einen günstigen Boden für das Auftreten derselben.

Gückel (Kondal, Saratow).

33) **P. Kerekes.** Karzinom und Malaria.

(Ungarische med. Presse 1903. Nr. 19.)

K. hält den Löffler'schen Ideengang, das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Krebs und Wechselfieber betreffend, für unrichtig, indem er behauptet, daß der Krebs in den Malariagegenden keineswegs seltener, sondern vielmehr häufiger vorkomme als anderweitig. Als Stütze dieser Behauptung dient eine Krebsstatistik des zwischen Drau und Donau gelegenen Tätigkeitsbezirkes K.'s, in welchem trotz der dort herrschenden Malaria die Mortalität an Karzinom 2% betragen soll.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

34) **Dagonet.** Transmissibilité du cancer.

(Soc. de biologie 1903. Juli 14.)

Stücke eines rezidivierten, rasch wachsenden Plattenepithelkarzinoms des Penis mit keratohyaliner Entartung wurden sofort nach der Entfernung mit sterilem Wasser von Körpertemperatur vermischt; sogleich nach der Operation wurde diese bakteriologisch sterile Flüssigkeit in das Peritoneum einer Ratte aseptisch eingespritzt; einige Monate lang keine Veränderungen, dann allmähliche Abmagerung und Tod des Tieres 15 Monate nach der Einspritzung. Autopsiebefund: ge-

schwulstähnliche Massen von krebsigem Aussehen in der Umgebung des Magens, Knoten von ähnlichem Aussehen in der Leber, der Milz und dem peritonealen Überzuge der Gallenblase. Die histologische Untersuchung ergab ein Karzinom von mikroskopisch genau gleicher Beschaffenheit wie das Peniskarzinom.

Es handelte sich demnach nicht nur um eine gelungene Transplantation von Krebsgewebe, sondern um ein malignes Wachstum und Metastasenbildung des transplantierten Gewebes. **Mohr** (Bielefeld).

35) A. Adamkiewicz. Über Cancroinerfolge bei fortgeschrittenem Krebs und das sogenannte »Ausheilen« desselben.

(Deutsche Ärztezeitung 1903. Nr. 12.)

In einer vorläufigen Mitteilung berichtet A. über seine neuerlichen Erfolge (Zentralblatt für Chirurgie 1891 p. 540 und 1893 p. 274) mit Cancroin. Zur Erklärung für die richtige Auffassung der Wirkungen desselben nimmt A. eine neue Definition des Begriffes »Heilung« in Anspruch. Der gewöhnliche Begriff Heilung, welchen A. als »Ausheilung« bezeichnet, ist kein Maßstab für die Wirkung seines Mittels. »Das Ausheilen, d. h. die Eliminierung des toten Krebses« ist nicht mehr Sache des Cancroins, sondern der regenerativen Kräfte des kranken Körpers. Was jedoch unter Tötung des Krebses zu verstehen ist, ist nur durch die Bemerkung angedeutet, daß »sobald der Krebs tot ist«, er die Funktionen des von ihm ergriffenen Organs freigibt und von Schmerzen befreit.

Acht Krankengeschichten weit vorgeschrittener Krebse des Gaumens, der Zunge, des Magens und der Leber, des Darmes, der Brustwand, der Gebärmutter samt Blase und Mastdarm, des kleinen Beckens und Bauchfells, des Schlundes und Kehlkopfes sollen »lehren, daß man beim Krebs Großes leisten kann, auch ohne ihn in jedem Falle auszuheilen«.

Doch diese Überzeugung sind die Protokolle nicht zu erbringen imstande, denn allen fehlt die histologische Diagnose. Auch die klinische Diagnostik ist nicht mit der nötigen Überzeugungskraft entwickelt, wenn es zum Beispiel heißt: »daß ein Karzinom (des Darmes) vorlag, unterlag keinem Zweifel. Der überraschende Erfolg der sofort vorgenommenen Cancroininjektionen bewies das am besten«. Im übrigen berichten die Krankengeschichten über ganz außerordentliche Besserungen inoperabler Krebse, sowohl was das Allgemeinbefinden der Kranken, als die Rückbildung der Neubildungen anbelangt, welche an sich sehr wertvoll wären, auch wenn das Cancroin keine bleibende Heilung erzielen könnte. So zum Beispiel kamen bei einem das kleine Becken infiltrierenden Uteruskarzinom sowohl eine vorher bestandene Blasen-Scheiden- als eine Scheiden-Mastdarmfistel zur Heilung. Keine der Krankengeschichten berichtet über eine völlige Heilung oder über einen tödlichen Ausgang. Hoffentlich erbringt die in Aussicht gestellte Arbeit des Verf.s die notwendigen Ergänzungen.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

36) W. W. Potejenko. Ein Fall von Talma's Operation.

(Die Chirurgie 1903. Mai. [Russisch.])

33 in der russischen Literatur beschriebenen Fällen reiht P. einen neuen an.

Die 68 Jahre alte Frau leidet seit $1^1/_2$ Jahren an Ascites infolge Lebercirrhose. Leber höckrig, hart, vergrößert. Bei der Operation wurden 24 Liter Ascitesflüssigkeit entleert. 5 Monate nachher fand P. ein gut entwickeltes subkutanes Venennetz in der Umgebung der Operationsnarbe. Pat. lebte noch 10 Monate nach der Operation; während dieser Zeit mußte siebenmal punktiert werden.

Gückel (Kondal, Saratow).

37) E. v. Herczel. Die Talma'sche Operation bei Lebercirrhose.

(Ungarische med. Presse 1903. Nr. 17.)

H. stellte im kgl. Ärzteverein zu Ofen-Pest einen 31jährigen Kranken vor, welcher wegen eines ungewöhnlich großen Ascites nach Lebercirrhose in der Weise



operiert worden war, daß das Netz auf das beiderseits von den Bauchdecken abgelöste Bauchfell gelagert und befestigt worden war. Das günstige Ergebnis, welches sich erst nach Monaten und noch nach achtmal nach der Operation vorgenommener Punktion zeigte, ist dadurch besonders erwähnenswert, daß der Eingriff in letzter Stunde vorgenommen worden war und der Erfolg noch nach $1^3/_4$ Jahren anhielt. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

38) A. Balfour. A case of multiple liver abscess.

(Lancet 1903. November 21.)

Der ungewöhnliche Fall betrifft einen Arzt der englisch-ägyptischen Truppe. Der Kranke war ein kräftiger, junger Mann, abgehärtet gegen Einflüsse jeglicher Art. Nie litt er nachweislich an Dysenterie oder Malaria. Nach sechstägiger Krankheit mit unbestimmten abdominellen Symptomen entschloß man sich zur Probepunktion der Leber in Chloroformnarkose. Sie ergab Eiter, in dem später typische Dysenterieamöben nachgewiesen wurden. Nach dieser Punktion kollabierte der Kranke und verschied in der folgenden Nacht, ohne daß eine weitere Operation hätte angeschlossen werden können. Die Sektion ergab keine ausgesprochenen Zeichen von Dysenterie im Darme, keine Amöben im Darme, keine Peritonitis oder Blutung in die Bauchhöhle, etwa aus den Punktionsstellen. In der Leber hochgradige Zerstörungen und zwei Abszesse. Der Tod wird erklärt als Folge eines Nervenchoks und betraf nach Verf. nur den mit den Gefahren solcher Operationen wohlvertrauten Arzt; einen Laien würde er wohl nicht betroffen haben. (Nicht erwähnt wird die Möglichkeit eines Chloroformtodes; mikroskopische Untersuchungen aus Herz und Niere werden nicht mitgeteilt. Schnitte aus dem rechten Leberlappen ergaben subakute Hepatitis. Könnten nicht vielleicht hochgradige Leberzerstörungen, wie hier, die Gefahren des Chloroforms erhöhen Ref.) **H. Ebbinghaus** (London).

39) H. Kehr. Der erste Fall von erfolgreicher Unterbindung der Art. hepatica propria wegen Aneurysma.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 43.)

Der 29jährige Pat. hatte seit $1^3/_4$ Jahren das Aneurysma hepaticum. Die damals aufgetretenen Magenkrämpfe werden von K. auf Schwellungen und Zerrungen durch das Aneurysma zurückgeführt. Im März 1902 platzte letzteres und ergoß seinen blutigen Inhalt durch den Cysticus in die Gallenblase und durch den Choledochus in den Magen resp. Darm. Bluterbrechen und Koliken mit Ikterus. Die letzte Blutung trat bei dem sehr anämisch gewordenen Pat. einen Monat vor der Operation auf, und seitdem blieb der Cysticus durch einen festen Blutpfropf verstopft, und die Gallenblase, die sich nicht entleeren konnte, wirkte wie ein Tampon auf das Aneurysma. Der Sack füllte sich mit Fibrinmasse, und der gewaltige Druck, der von der Gallenblase aus auf die Innenwandungen des Aneurysmas ausgeübt wurde, mag dazu beigetragen haben, daß sich genügend Kollateralen ausbilden konnten, welche den Erfolg der Operation ermöglichten. Nach letzterer — Ektomie, Unterbindung der Art. hepat., Cystikotomie bis in den Choledochus, Hepatopexie und Tamponade — kam es nur zu Randnekrose des rechten Leberlappens, der völlig blutleer und von speckigem Aussehen war; der nekrotische Teil wurde mit der Schere abgetragen. — K. hatte vor der Operation an ein Aneurysma gedacht, doch schließlich Hydrops der Gallenblase und Ulcus duodeni angenommen, fand aber bald jene erstere Vermutung nach Eröffnung des Leibes bestätigt.

Im Anschluß daran bespricht Verf. die bisher erschienenen Arbeiten über das Aneurysma art. hepaticae (Master, Langenbuch, Ehrhardt, Hansson usw.) und die Technik der Operation desselben; in drei früher chirurgisch behandelten Fällen war auch bei diesen die Diagnose nicht gestellt worden.

Kramer (Glogau).



40) **A. Zirkelbach.** Über die Gefahr der Punktion von Echinokokkus-cysten.

(Ungarische med. Presse 1903. Nr. 29.)

Unter elf Probepunktionen von Echinokokkussäcken ereigneten sich zweimal Todesfälle, für welche die Obduktion keinerlei Ursache aufdecken konnte. Z. nimmt daher an, daß die schon mehrfach bewiesene Giftigkeit des Cysteninhaltes die Veranlassung des tödlichen Ausganges war, indem nach der Punktion aus der in der Cystenwand gesetzten Öffnung sich die zurückgebliebene Flüssigkeit in die serösen Höhlen (im ersten Falle war es ein Lungen-, im zweiten ein Leberechinokokkus) entleert habe und von dort aufgesaugt worden sei. Z. will daher die Punktion nur bei der Möglichkeit sofortigen Anschlusses der Operation zulassen.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

41) **A. Doran.** Large bile cyst of the liver; jaundice without cholelithiasis. Incision and drainage; recovery.

(Royal med. and chir. soc. 1903. Oktober 27.)

Verf. drainierte von einem Schnitt am äußeren Rande des rechten Rectus abdominis eine große unilokuläre Lebercyste, die den Lobus quadratus und die ganze linke Hälfte des vergrößerten rechten Lappens einnahm. Sie entleerte über 1,5 Liter reine grüne Galle, die mikroskopisch Echinokokkusbestandteile vermissen ließ, und enthielt keine Steine.

Die abgezehrte, 42jährige, familiär nicht belastete Pat. war 3 Jahre vorher in schwangerem Zustande mit dem rechten Hypochondrium gegen die Kante eines Waschfasses gefallen und abortierte wenige Stunden darauf. Ein Jahr später machte sie eine normale Schwangerschaft und Entbindung durch.

Vier Monate vor der Operation erkrankte sie mit Ikterus, Leververgrößerung und Schmerzanfällen. Nach der Operation schwanden sämtliche Erscheinungen bei gleichzeitiger Erholung; $^1/_4$ Jahr nach ihr war noch eine eiternde Fistel vorhanden.

Da sich die Gallenblase und die großen Gallengänge frei von Steinen und, ebenso wie die übrige Leber, Pankreas und Duodenum, gesund erwiesen, ist Verf. eneigt, als Ursache dieser ungewöhnlich großen Gallencyste eine bei dem Unfalle der Pat. erfolgte Zerreißung eines intrahepatischen Gallenganges anzunehmen, die zu langsamem Austritt von Galle in das zertrümmerte Lebergewebe der Umgebung Veranlassung gab.

Unter den spärlichen Fällen der Literatur fand er nur solche anderer Ätiologie.

Die Wand der Cyste wurde nicht untersucht, da Verf. aus operativ-technischen Gründen eine Probeexzision vermied. **Gutzeit** (Neidenburg).

42) **K. Pichler.** Ein Fall von Haemangioma hepatis. Heilung durch Exstirpation.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXIV. Hft. 8.)

Ein etwa gänseeigroßes Hämangiom, das von der Unterfläche des linken Leberlappens ausging und mit diesem durch einen 10 cm breiten Stiel zusammenhing, wurde durch Massenligaturen vom Stiel abgebunden und mit dem Paquelin abgetragen. Keine Nachblutung. Keine Drainage, sondern völliger Schluß der Bauchwunde. An der Leberoberfläche waren noch zahlreiche kleine Hämangiome vorhanden.

Es sind zum Schluß neun Fälle aus der Literatur zusammengestellt.

Coste (Straßburg i. E.).

43) **W. N. Orlow.** Das Cystoadenom der Leber und dessen chirurgische Behandlung.

(Chirurgie 1903. April. [Russisch.])

O. bespricht die Literatur der Frage und bringt einen Fall von diffusem Cystoadenom aus der Klinik Bobrow's. Die 45jährige Pat. wurde wegen eines

Nabelbruchs operiert und dabei die Leber von zahlreichen Cysten verschiedener Größe besät gefunden. An einem excidierten Stück fand man zahlreiche Cystchen mit Gallengangepithel ausgekleidet. Die Leber funktionierte trotz der bedeutenden Degeneration anstandslos (kein Ikterus, keine Koliken, nur Gefühl der Schwere).

Gückel (Kondal, Saratow).

44) **Wells.** Primary carcinoma of the liver.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. September.)

Nach klinischen und histologischen Bemerkungen über primäre Leberkarzinome bei gleichzeitiger Cirrhose und Adenombildung berichtet W. über einen derartigen Fall bei einem 70jährigen Manne, welcher der Krankheit 6 Jahre lang standhielt, da sich infolge einer früheren perforativen Perityphlitis ausgedehnte Bauchfellverwachsungen und kompensierende Anastomosen gebildet hatten. Histologisch fanden sich neben den cirrhotischen Veränderungen zahlreiche, wohl kompensatorische, adenomartige Neubildungen der Leberzellen, welche an mehreren Stellen in Karzinom übergingen. Die primären Leberkarzinome (etwa 170 Fälle) können sowohl von den Leberzellen, wie von der Auskleidung der Gallengänge ausgehen, da beide entwicklungsgeschichtlich gleichen Ursprungs sind.

Bender (Leipzig).

45) **J. Wiener.** The relation of cholelithiasis to acute pancreatitis.

(New York med. journ. 1903. Mai 16.)

Verf. erörtert an der Hand der neuesten Literatur die häufigen Beziehungen zwischen akuter Pankreatitis und Cholelithiasis und bringt selbst einen sehr instruktiven Fall; es handelte sich um eine 41jährige Frau, die früher gesund war und nur 2 Tage unbestimmte Schmerzen in der Magengegend hatte; plötzlich traten heftige Koliken und sehr heftige Schmerzen im Epigastrium auf, Puls und Temperatur stiegen, Zeichen einer beginnenden Peritonitis wurden klarer. Objektiv war nur eine leichte Spannung im Epigastrium und rechten Hypochondrium zu konstatieren. Da Verf. einen intraabdominellen Entzündungsprozeß mit Peritonitiserscheinungen annahm (Appendicitis? Cholecystitis?) drang er auf sofortige Laparotomie; diese zeigte eine starke Schwellung des Netzes, das durchsetzt war mit irregulären gelblichen Fettnekrosen, eine erweiterte Gallenblase und einen großen Stein im Cysticus. Cholecystotomie. Pat. genas.

Da nach den Zusammenstellungen des Verf.s in 32 aus der Literatur bekannten ähnlichen Fällen jedesmal ein tödlicher Ausgang zu konstatieren war, glaubt W., daß die frühzeitig vorgenommene Laparotomie die Ursache für die Heilung abgegeben habe und tritt demgemäß in ähnlichen Fällen für möglichst baldige Operation ein.

Scheuer (Berlin).

46) **W. A. Waljaschkow.** Traumatische Pankreascyste.

(Chirurgie 1903. Oktober. [Russisch.])

Ein Mädchen, 17 Jahre alt, fiel vor einem Jahre mit dem Bauch auf einen Pfosten, worauf sich die Geschwulst entwickelte. Sie nimmt den Mittelteil des Bauches ein, ist oben vom Magen, unten vom Querkolon bedeckt. Im Mageninhalte vollständiges Fehlen von HCl. Man vermutete einen Echinokokkus der Bursa omentalis, fand aber bei der Operation eine kaffeefarbige Flüssigkeit in der Cyste. Einnähung der Cystenwand in die Bauchwunde, Entlassung nach $2^1/_2$ Monaten mit sehr verkleinerter Höhle. W. sieht in seinem Falle eine Pseudocyste.

Gückel (Kondal, Saratow).

47) **E. Stangl.** Zur Pathologie der Nebenorgane des Sympathicus.

(Verhandlungen der Deutschen pathologischen Gesellschaft. V.)

32jähriger Arbeiter, der eine langsam wachsende Geschwulst im Bauch in der Nabelgegend bemerkte, welche sich innerhalb eines halben Jahres von Walnuß- bis zu Apfelgröße entwickelte. Geringe seitliche Verschieblichkeit der Geschwulst. Keine Störungen von seiten des Darmes. Die retroperitoneal und an der Teilungs-

stelle der Aorta gelegene, mit den Gefäßen verwachsene Geschwulst ließ sich exstirpieren. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine fast ausschließlich aus chromaffinen Zellen, daneben aus Riesenzellen und solchen mit hellem, wabigem Protoplasma und dunklen Kern bestehende Geschwulst, die einerseits nach ihrer Lage und dann nach Form, Anordnung und vor allem Chromaffinität der Zellen als vom sog. Zuckerkandl'schen Organ ausgehend betrachtet werden muß. Der Fall ist deshalb von besonderem Interesse, weil er die Möglichkeit der Entstehung von Geschwülsten aus den vom Sympathicus abzuleitenden chromaffinen Körpern, die an den verschiedensten Stellen des Sympathicus sich finden können, beweist.

Engelhardt (Gießen).

48) **Kayser.** Über den Einfluß der Laparotomie auf inoperable Neoplasmen der Bauchhöhle.

(Charité-Annalen. 27. Jahrgang.)

Verf. berichtet über einen Fall von spontaner Verkleinerung einer klinisch und mikroskopisch zweifellos bösartigen Geschwulst nach Laparotomie.

47jährige Frau mit rasch wachsender Geschwulst des Unterleibes, die aus verschiedenen walnuß- bis apfelgroßen knolligen Tumoren sich zusammensetzt und mit der seitlichen Beckenwand fest verwachsen ist. Als inoperabel nach Hause geschickt, kommt sie nach 2 Monaten wieder und wird wegen hochgradiger Atemnot infolge von Ascites laparotomiert, nicht punktiert. Entleerung von 10 Liter blutig seröser Flüssigkeit. Schwerer sich über Tage hinziehender Kollaps, dann langsame Erholung. $2^1/_2$ Monate nach der Entlassung, $3^1/_2$ Monate nach der Operation stellt sich Pat. zum größten Erstaunen des Verf. diesem wesentlich gebessert vor. Geschwulst im Bereiche des Nabels durch die Bauchdecken durchgewachsen, aber wesentlich verkleinert, der Allgemeinzustand verblüffend gut. Unter Bezugnahme auf ähnliche Beobachtungen von Wölfler, Rosenhaim, Hahn, Czerny, Krönlein u. a. referiert Verf. kurz 12 von H. W. Freund beobachtete Fälle, bei denen die Probelaparotomie trotz zweifelloser Bösartigkeit der Geschwülste eine Lebensverlängerung bewirkt hatte. Abgesehen von den Fällen, in denen durch Fortfallen von schädigenden Reizen und bessere Ernährung (bei Pyloruskarzinom nach Gastroenterostomie) und durch Entlastung lebenswichtiger Organe eine Wachstumshemmung der Geschwülste und Hebung des Allgemeinbefindens eintritt, ist eine einheitliche befriedigende Erklärung nicht möglich. Auch durch Entleerung von Ascites und dadurch herbeigeführte »Austrocknung des Peritoneums« (Freund) wurde nur ganz ausnahmsweise ein Rückgang der Geschwulstbildung veranlaßt. Bei der Heilung von Sarkomen und Karzinomen können unter besonderen Umständen unbekannte Faktoren eine Einwirkung, jedenfalls biochemischer Art, auf bösartige Geschwülste ausüben. **Engelhardt** (Gießen).

49) J. H. Jacob. A new obturator for the urethroscope.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Juli 18.)

Verf. demonstriert eine neue Modifikation eines Endoskops, das er »Catheter Obturator« nennt und das vorzugsweise die Schleimhautschädigungen bei der Einführung des Instruments vermeiden soll. Es besteht aus drei getrennten Teilen, die, fest ineinander gefügt, als ein Stück eingeführt werden, und zwar aus dem eigentlichen Endoskop, in welches ein Katheter eingepaßt ist, der das innere Ende der Endoskopröhre um 1 cm überragt und der wieder innen einen knopfförmigen Führungsstab trägt. Verletzungen der Harnröhrenschleimhaut scheinen durch das einfache Instrument in der Tat weniger leicht aufzutreten, als bei den bisher üblichen. **Scheuer** (Berlin).

50) F. Valentine. Aids to cystoscopic practice.

(New York med. journ. 1903. Juni 6.)

Verf. hat bei seinen Kursen für Cystoskopie als Hauptschwierigkeit gefunden, seinen Schülern begreiflich zu machen, daß das cystoskopische Bild ein umge-

kehrtes ist. Um diese Schwierigkeit zu überwinden hat er ein sehr einfaches aber sinnreiches »Taschenphantom« konstruiert, bei dessen Benutzung die Schüler die Umkehrung des Bildes zu lernen üben sollen; es besteht aus einer kleinen viereckigen Schachtel, deren Boden eine Kreisteilung mit verschiedenen Figuren an der Innenfläche hat; der Deckel enthält einen Spiegel, der die Figuren umgekehrt wiedergibt; an dem Vorderbrettchen der Schachtel ist ein kleines Loch, durch das eine Sonde eingeführt wird, mit welcher die Figuren am Boden berührt und am Deckel entsprechend wiedergespiegelt werden.

Ein zweites, etwas größeres Phantom ist feststehend und enthält am Boden ein Bild der normalen Blase; im übrigen ist die Konstruktion ähnlich.

Als Übungsersatz für das Cystoskop selbst hat Verf. endlich eine Art weiblichen Katheter, durch dessen hohles Innere eine Sonde vorgeschoben werden kann.

Die außerordentlich einfachen, bei Heynemann in Leipzig gefertigten Hilfsmittel sind beim Unterricht für Anfänger sicher sehr gut verwendbar.

Scheuer (Berlin).

51) **G. L. Eaton. Asthma produced by urethral irritation and stricture.**

(Occident med. times 1903. Oktober.)

Verf. berichtet über 4 Fälle, in denen er Reizzustände der Harnröhre in Verbindung mit ausgesprochenen, zum Teil recht heftigen asthmatischen Paroxysmen beobachtet hat. Dreimal bestanden gonorrhoische Strikturen, einmal (14jähriger Knabe) eine angeborene Stenose des Orif. ext. In allen Fällen verschwanden mit Beseitigung der Verengerungen prompt die asthmatischen Beschwerden.

Kleinschmidt (Kassel).

52) **Bonnet (Val-de-Grâce). Oblitération de l'urètre par une valvule congénitale en forme de diaphragme. Résection. Guérison. Rapport par M. Bazy.**

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 32.)

Der Pat. B.'s, ein junger Soldat, litt seit Kindheit an Dysurie, zeitweiser Urinretention und seit einigen Monaten an Inkontinenz. Der Katheter traf in der Pars bulbosa auf ein nachgiebiges, aber unüberwindliches Hindernis; Gonorrhöe war nie vorhergegangen. B. stellte die Diagnose auf eine angeborene Harnröhrenverengerung und schritt zur Operation. Er fand in der Pars bulbosa vor der Pars membranacea eine quergespannte, zwerchfellartige, dünne Membran, welche direkt vor und rückwärts in die Harnröhrenschleimhaut überging. Ein Loch fand er darin nicht; wahrscheinlich war es sehr eng und lag exzentrisch; übrigens war die Membran gleich bei Eröffnung der Harnröhre verletzt worden. Hinter der Membran war die Harnröhre stark erweitert. — B. exzidierte jene ringsum an ihrer Übergangsstelle in die Harnröhrenschleimhaut, vernähte die Wunde über einem Verweilkatheter und erzielte glatte Heilung und Beseitigung aller Beschwerden.

B. und mit ihm Bazy sehen in der mitgeteilten Beobachtung den ersten anatomischen Beweis des Vorkommens einer klinisch freilich längst vermuteten angeborenen Verengerung im hinteren Abschnitte der Pars spongiosa. Bazy glaubt in der Membran einen Rest der embryonalen Kloakenmembram sehen zu müssen. Ganz geringgradige angeborene Verengerungen an der gleichen Stelle glaubt er klinisch mehrfach beobachtet zu haben; sie sollen oft den Anlaß zur Enuresis nocturna geben.

Reichel (Chemnitz).

53) **Chute. Urethral tuberculosis, with report of a case.**

(Boston med. and surg. journ. 1903. Oktober 1.)

Bei einem 35jährigen Manne, der nie geschlechtskrank war, traten vor 2 Jahren Urinbeschwerden auf, bestehend in häufigen Entleerungen bei Tag und

Nacht, Schmerzen dabei, geringem Ausfluß aus der Harnröhre. Die linksseitigen Leistendrüsen schwollen an und schmersten. Zeitweise bestanden schmerzhafte Erektionen. Allmählich wurde der Urinstrahl immer dünner bei häufiger werdenden Entleerungen. Während eines Koitus fühlte Pat. an der Anheftungsstelle des Gliedes am Hodensack einen Schmerz als ob etwas zerbräche, darauf Steigerung der Urinverhaltung; 14 Tage später erste ärztliche Behandlung.

Der Befund ergab einen gesund aussehenden Mann. Der Urin wurde sehr mühsam in geringer Menge entleert, enthielt spärliche Epithel- und Eiterzellen, keine Nierenelemente, Gonokokken- oder Tuberkelbazillen. Die ganze Harnröhre fühlte sich an wie ein steifes Rohr. 5 cm hinter der Mündung und am Ansatz des Gliedes an den Hodensack waren knochenharte Anschwellungen fühlbar, die letzterwähnte ergab bei Seitenbewegungen deutliches rauhes Reiben, eine dünne Silbersonde glitt unter kratzendem Geräusch über die beiden Stellen. Später wurde mit »Alligator«-Zange aus beiden verengten Stellen verkalktes Gewebe in unregelmäßigen Stückchen entfernt, worauf erhebliche Besserung eintrat, die vorher schon auf Erweiterung begonnen hatte. Auch später noch künstliche Entfernung und spontane Entleerung kleiner Kalkstückchen. Auch in der Prostata war eine knochenharte Stelle fühlbar. Endoskopisch sah man die Schleimhaut sehr blaß, einzelne erodierte Stellen, an anderen Vorspringen schmaler fibröser Zapfen. Hinter dem Endoskop fielen die Wände nicht zusammen, sondern die Lichtung stand weit offen, wie aufgeblasen.

In den entfernten Leistendrüsen fand sich Amyloidgewebe. Tuberkelbazillen wurden nie und an keiner Stelle nachgewiesen. Trotzdem hält Verf. die Erkrankung für tuberkulös nach dem klinischen Verlauf, dem Fehlen der venerischen Infektion und namentlich nach Befund der Leistendrüsen. Die Erkrankung hat sich in den Drüsen der Harnröhrenschleimhaut abgespielt, in denen bei Heilung Kalksalze abgelagert wurden, die dann allmählich durch die Schleimhaut durchsickerten.

Im Anschluß an diesen Fall hat Verf. die Literatur durchforscht, aber nur wenige Fälle gefunden. Aus diesen geht hervor, daß Harnröhrentuberkulose stets sekundär, meistens nach reiner Genitaltuberkulose entsteht. Vorangegangene Tripperinfektion begünstigt die Entstehung; in einigen Fällen schloß sie sich unmittelbar an eine solche an. Die Zeichen der Erkrankung sind sehr verschieden; manchmal besteht spärlicher Eiterausfluß, andere Male fehlt er, dagegen wird Brennen in der Harnröhre fast immer gefunden. Knotenbildungen und Verengerungen der Harnröhre sind weniger regelmäßig vorhanden. Für die Diagnose kommen hauptsächlich multiple Geschwüre und Granulationsbildung in der Harnröhre in Betracht; gonokokkenfreier, chronischer Ausfluß ist sehr verdächtig; ist gleichzeitig anderweitige Genitaltuberkulose vorhanden, so ist die Diagnose so gut wie sicher; ganz gesichert ist sie natürlich durch Nachweis der Erreger. Verdacht auf Tuberkulose besteht auch bei baldigem Auftreten von Strikturen bei bestehender Urethritis und bei Knotenbildung in der Harnröhre. Die Prognose hängt viel von der Erkrankung der übrigen Organe des Urogenitalkanals ab. Für die Behandlung kommen weniger lokale als allgemeine kräftigende Maßnahmen in Betracht. Ganz schwache Lösungen von Ätzmitteln, auch Jodoformemulsionen werden lokal noch am besten vertragen. Anlage einer Boutonière bringt manchmal Heilung des vor derselben liegenden Teiles. Danach sind häufige Nachoperationen (Strikturen!) erforderlich. **Trapp** (Bückeburg).

54) M. Friedmann. Zur Kenntnis der zerebralen Blasenstörungen und namentlich des Rindenzentrums für die Innervation der Harnblase.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 37.)

Der Mitteilung liegt eine wertvolle Beobachtung zugrunde, die einen 9 Jahre alten Knaben betraf, welcher, 1 Jahr vorher von einem Stein auf die linke Kopfseite getroffen, eine komplizierte Depressionsfraktur des linken Scheitelbeins erlitten und sofort danach neben einem rasch vorübergegangenen tonischen Krampf

in der rechten Hand eine Erschwerung des Urinlassens dargeboten hatte, die sich zu einer ziemlich vollständigen Incontinentia urinae von über 1 Jahr langer Dauer entwickelte. F. nimmt an, daß ein dem Armzentrum angrenzendes, in der hinteren Zentralwindung gelegenes kortikales Blasenzentrum verletzt worden war.

Kramer (Glogau).

55) **D. Schwarz.** Ektopie der Blase, operiert nach Maydl.

(Liečnički viestnik 1903. Nr. 11. [Kroatisch.])

Der 20jährige Kranke wurde am 20. Mai 1903 genau nach Maydl's Typus operiert. Am 5. Tage öffnete sich eine feine urinosterkorale Fistel, die sich nach kurzer Zeit spontan schloß. Pat. ist vollkommen kontinent; er steht Nachts 2—3mal auf, um den Urin abzulassen, manchmal durchschläft er aber auch die Nacht ganz trocken. Am Tage kann er den Urin 2—3 Stunden halten.

v. Čačković (Agram).

56) **R. Mišetić.** Ein riesiger Blasenstein durch die Harnröhre extrahiert.

(Liečnički viestnik 1903. Nr. 11. [Kroatisch.])

Bei der 45jährigen schwächlichen Kranken dilatierte M. die Harnröhre und extrahierte einen eiförmigen Blasenstein von 14 cm großer und 12 cm kleiner Achse, im Gewicht von 90 g. Die Schwierigkeiten der Extraktion konnte Verf. schließlich nur so überwinden, daß er von der Scheide her mit zwei Fingern den Stein nach vorn herauspreßte. Pat. hatte bei der Extraktion, die ohne Narkose vorgenommen wurde, starke Schmerzen, blutete etwas und war durch 8 Tage inkontinent. Am 10. Tage wurde sie mit vollkommen funktionierendem Sphinkter geheilt entlassen.

v. Čačković (Agram).

57) **F. Hartley** (New York). Exstirpation of the urinary bladder.

(Med. news 1903. August 29.)

Bericht über zwei nach Maydl operierte Fälle. Beide wurden geheilt. Im ersten handelte es sich um ausgedehnte Blasentuberkulose bei einem 18jährigen Mädchen. Nach vollendeter Wundheilung wurde Urin (alkalisch und Spuren von Eiweiß enthaltend) 3mal am Tage und 1—2mal nachts entleert. Nachuntersuchung nach 7 Monaten: Pat. befindet sich wohl und ist arbeitsfähig. Urin enthält Eiweiß in Spuren, mikroskopische Untersuchung negativ; drei bis vier Entleerungen am Tage, ein bis zwei nachts. Der zweite Operierte war ein an Blasenektopie leidender 18jähriger junger Mann, bei dem eine voraufgegangene Plastik nicht zum Ziel geführt hatte. Hier ist über den Urinbefund nichts mitgeteilt.

Kleinschmidt (Kassel).

58) **S. T. Brown.** Movable right kidney as a cause of pancreatic diabetes. With a report of cases cured by nephropexy.

(Philadelphia med. journ. 1903. April 4.)

Verf. gibt eine ausführliche Schilderung der Topographie des Pankreas und berichtet dann über zwei Fälle. Bei einer 23jährigen Frau übte die wegen Wanderniere ausgeführte Nephropexie einen günstigen Einfluß auf den gleichzeitig bestehenden Diabetes aus. Der Urin, der über 10% Zucker enthalten hatte, blieb seit der Operation zuckerfrei. Dasselbe Resultat wurde durch diese Operation in einem ähnlich liegenden Falle bei einer 26jährigen Frau erzielt.

Läwen (Leipzig).

Eingesandt.

Bezugnehmend auf die Arbeit des Herrn Dr. Wagner, Breslau, in Nr. 50 1903) des Zentralblattes für Chirurgie erlaubt sich Unterzeichneter mitzuteilen

daß er schon seit zwei Jahren im Spital und in der Privatpraxis granulierende Wunden durch Eintrocknung, allerdings wenn immer möglich durch Insolation, behandelt und darüber schon kurz publiziert hat, so anläßlich der Mitteilung einer Milzverletzung (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902 Nr. 16), ferner in den beiden Spitalberichten des Oberengadiner Kreisspitales für die Jahre 1901/02 und 1902/03 (Samaden, Buchdruckerei Tanner), worin folgendes steht: »Anschließend an diese Operationsstatistik möge hier noch kurz bemerkt werden, daß wir seit Neujahr 1902 fast sämtliche sekundären (granulierenden) Wunden durch Eintrocknung behandeln (stundenlanges Aussetzen der Sonnenbestrahlung oder der trocknen Luft, wozu im Engadin die Verhältnisse ja sehr günstig sind). Wir sind mit den damit erzielten Erfolgen sehr zufrieden.« Durch den Spitalbericht fand meine Methode auch in der Neuen freien Presse, Wien, Erwähnung unter dem Titel: »Neue Heilmethode« (Januar 1903). Eine längere Arbeit wird nächstens darüber erscheinen; sie war schon in den Händen der tit. Redaktion der Münchener med. Wochenschrift, bevor die Wagner'sche Arbeit erschienen ist. Übrigens war auch Herr Dr. Wagner, als er in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur seine ersten diesbezüglichen Mitteilungen machte, in der Diskussion durch Herrn Prof. Alexander Tietze auf meine Methode aufmerksam gemacht worden.

Samaden, Dezember 1903.

Dr. **Oscar Bernhard,** *dirig. Spitalarzt.*

Zu den vorstehenden Ausführungen des Herrn Dr. Bernhard-Samaden möchte ich mir folgende Bemerkungen erlauben:

Seit 1897 habe ich die »offne« Behandlung von granulierenden Hautwunden durchgeführt. Ich freue mich, durch Herrn Bernhard die Erfolge der Wundbehandlung, wie ich sie in meiner Arbeit vorgeschlagen habe, bestätigt zu sehen, zumal ich mir bewußt bin, nicht von allen Seiten sogleich Zustimmung zu meinen Vorschlägen zu erhalten.

Zu dem Schlußsatz des Bernhard'schen Schriftsatzes, der zu Mißdeutungen Anlaß geben könnte, bemerke ich, daß ich das Manuskript meiner Arbeit über »Die Behandlung von granulierenden Hautwunden« bereits am 7. November der Redaktion des Zentralblattes für Chirurgie übergeben habe, daß ich meinen Vortrag über das gleiche Thema in der »Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur« erst am 27. November hielt; ich konnte also die Diskussionsbemerkungen zu meinem Vortrag in meiner Arbeit nicht mehr verwerten. *Dr.* **H. Wagner.**

Der 21. Kongreß für innere Medizin

findet vom 18.—21. April 1904 in **Leipzig** *statt unter dem Vorsitze des Herrn Merkel (Nürnberg).*

Am ersten Sitzungstage, Montag, den 18. April 1904, werden die Herren Marchand (Leipzig) und Romberg (Marburg): **Über die Arteriosklerose** *referieren. Die ganze übrige Zeit ist den Einzelvorträgen und Demonstrationen gewidmet.*

Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen nimmt der ständige Sekretär des Kongresses, Herr Geh.-Rat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 13, entgegen.

Berichtignng. *In Nr. 50 1903 p. 1385 Z. 15. v. u. muß es statt Proc. vereint heißen »Proc. uncinat.«*

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 4. Sonnabend, den 30. Januar. 1904.

Inhalt:

I.

Technische Beiträge zur Chirurgie der Bauchhöhle.

Von

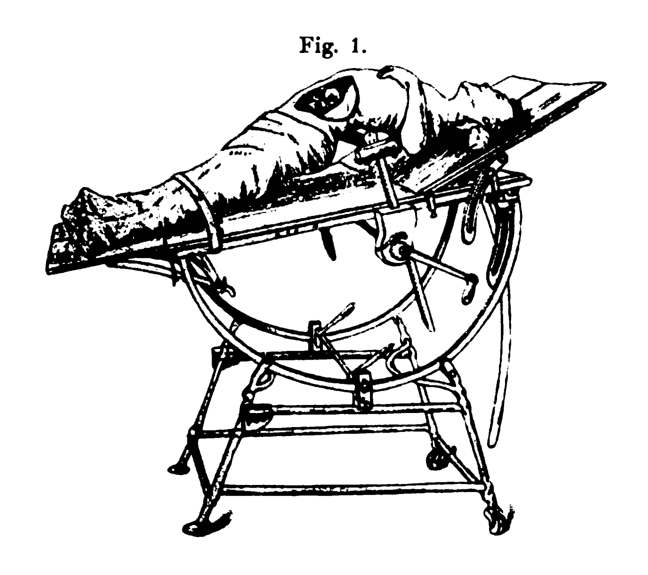
Dr. Georg Kelling in Dresden.

1) Einfache Ausführung der Beckenhängelage.

In Nr. 42 1901 dieses Blattes hatte ich eine Lage mit tiefem Becken bei horizontaler Lagerung des Rumpfes empfohlen, welche dazu dient, die Gegend des Zwerchfelles bei ausgiebigen Magenresektionen und Milzoperationen und die Leber bei Gallenstein- und Leberoperationen besser zugänglich zu machen. Die dazu angegebene

Schnittführung bestand in einem Längsschnitt in der Linea alba und einem darauf senkrechten Schnitt in Höhe des Nabels nach rechts oder links bis in die Flanken. Der Assistent kann den rechten resp. linken Rippenbogen abheben, um das Operationsterrain zugänglich zu machen. Die Lage läßt sich in sehr einfacher Weise ausführen mit Hilfe der kürzlich von König angegebenen Beckenstütze, welche an dem allgemein verbreiteten und sehr zweckmäßigen Stelzner'schen Operationstisch angebracht wird. Die Stelzner-schen Operationstische alter Konstruktion lassen zwar den Kopf tief lagern und die Füße hoch, aber nicht umgekehrt den Kopf hoch und die Füße tief, weil der Schlitten des Tisches durch zwei Schrauben in der horizontalen Lage arretiert ist. Läßt man diese beiden Schrauben herausdrehen, so läßt sich auch das Fußende des Tisches senken. An der König'schen Beckenstütze läßt man anstatt des Brettes, welches zu Verbandzwecken dient, eine schmale Holzleiste anbringen, welche aber gut gepolstert sein muß. Die Holzleiste muß durch Schrauben festgehalten werden.

Fig. 1.

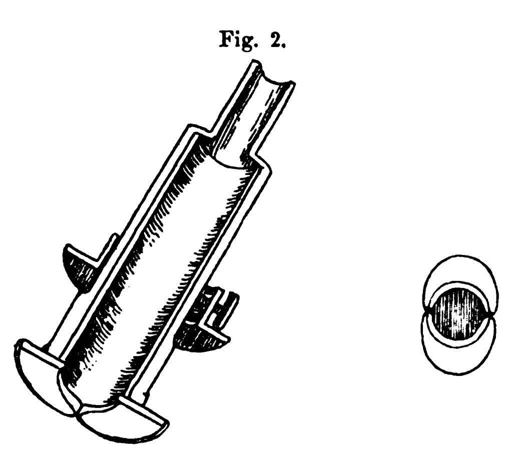


Der Pat. wird so gelagert, daß er mit der Höhlung des Rückens auf der Leiste liegt, und wird mit einem Riemen oberhalb des Knies am Operationstische befestigt. Man hat nun noch nötig, die gepolsterte Leiste in die Höhe zu schrauben und den Tisch vorn zu senken, um die Gegend des Zwerchfelles, der Milz, aber auch die Leber, die Gegend des Choledochus sich bequemer zugänglich zu machen. Ferner ist der Übergang in die horizontale Lage auf diese Weise mit Leichtigkeit und ohne Berührung des Operationsterrains möglich. Beifolgende Abbildung erläutert die beschriebene Lagerung (Fig. 1).

2) Aspirationsdrainage der Bauchhöhle.

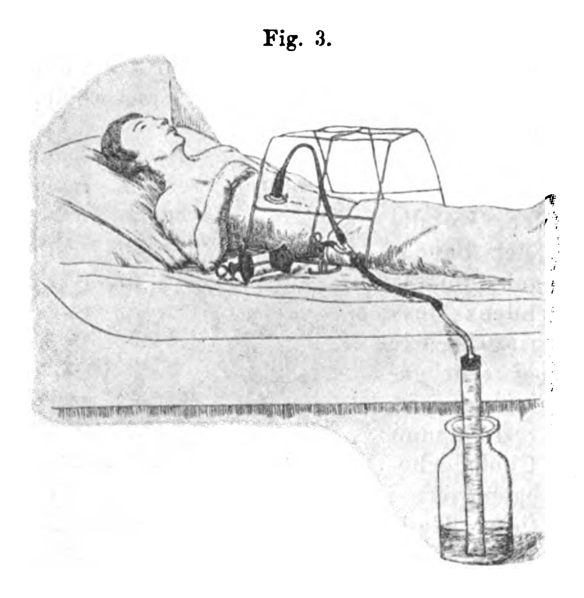
Die Wirkung der Mikulicz'schen Tamponade beruht auf der Kapillarität der Gaze; die Flüssigkeit muß aber dabei, wenn man die Gaze zur Bauchhöhle vorn herausleitet, die Schwere überwinden. Letzteres wird begünstigt, wenn ein positiver Druck in der Bauchhöhle, sei es durch Atmung, sei es Meteorismus, entsteht. Eine so wertvolle Bereicherung der Chirurgie der Bauchhöhle auch sicher diese Methode darstellt, so gibt es doch Fälle, in welchen ihre Wirkung nicht genügend ist. Dahin gehören z. B. gewisse Operationen an Gallengängen, am Pankreas, und ferner, wenn man von kleinen Öffnungen aus große Hohlräume drainieren will. Es besteht hier die Gefahr, daß die Sekrete nicht genügend aufgesaugt werden und sich neben der Gaze in der Bauchhöhle ansammeln resp. auch neue Wege in die gesunde Bauchhöhle einschlagen. Diese Gefahr ist besonders da vorhanden, wo der Raum der Bauchhöhle zu groß ist für das Volumen der Eingeweide, die Bauchdecken eingesunken sind und ein negativer Druck in der Bauchhöhle besteht, ferner bei Fällen, wo die Hohlräume in der Bauchhöhle oben liegen und die Verklebungstendenz des Peritoneums gering ist, wie man das ja bei sehr geschwächten Individuen mitunter findet. So kommt besonders nach Choledochotomien bei abgemagerten Pat. mit infektiöser Galle Peritonitis auf diese Weise zustande. Ferner ist es, wenn man am Pankreas operiert und dabei den Pankreassäften einen Weg in die Bauchhöhle öffnet, wünschenswert, daß die Tamponade auch jeden Tropfen des Sekretes absaugt. Ich bediene mich zu diesem Zwecke seit über 2 Jahren in solchen Fällen der Aspirationsdrainage; dieselbe wird folgendermaßen ausgeführt: Die Wundhöhle wird tamponiert mit mehreren Gazestreifen oder Beuteln. Die Binde wird am besten so verwendet, daß man hin und hergehend mehrere Lagen aufeinander bringt und das Ganze dann so in die Bauchhöhle einstopft, daß der Anfang nach außen, das Ende aber nach innen und in den Knopf zu liegen kommt. Auf diese Weise läßt sich die Binde später am leichtesten herausziehen. Zwischen die Gazestreifen kommen nun aber ein oder einige Drains mit mehrfachen seitlichen Löchern zu liegen; am besten eignen sich Nélatonkatheter, weil dieselben infolge der Steifheit ihrer Wandung nicht zusammenklappen. Die Katheter und die Enden der Gaze werden in einen Drainageknopf

Fig. 2.



geleitet (Fig. 2). Dieser Knopf besteht aus einer zylindrischen Röhre von 7 cm Länge und 2 cm Durchmesser; das Ende, welches in die Bauchhöhle zu liegen kommt, trägt eine ovale, schildförmige Verbreiterung mit abgeglätteten Rändern. Der Zylinder ist mit Gummischlauch von unten bis oben überzogen, unten event. mit dickerem Gummi; der Gummischlauch ragt etwa 3 Querfinger über den Rand des Zylinders heraus. Die Bauchdecke wird nun geschlossen und um den Zylinder herum dicht vernäht. Dabei zieht man den Knopf etwas in die Höhe, so daß das Schild gegen die Bauchwand angezogen wird. Ein Ring, der über dem Zylinder verschieblich ist und eine kleine Schraube trägt, wird dann nach unten geschoben und wenn er der Haut aufliegt, festgeschraubt. Es hat dies den Zweck, daß der Zylinder

Fig. 3.



nicht in die Tiefe sinken und etwa Druck auf die Eingeweide und Nekrosen verursachen kann. Auf die Haut pinsele man etwas Kollodium zum luftdichten Verschluß.

Es gibt nun zwei Möglichkeiten, wie man das Saugen bewirken kann. Entweder man verbindet den Gummischlauch der Drainage mit einer Potain'schen Flasche und schließt an diese Flasche eine Wasserstrahlpumpe an. Man saugt dann so ab, daß der negative Druck 30—40 cm Wassersäule beträgt. Wenn man eine solche Pumpe nicht zur Verfügung hat, kann man auch mit einer einfachen Hebevorrichtung das Absaugen bewirken (Fig. 3). Zu diesem Zwecke nimmt man ein zylindrisches hohes Gefäß, welches oben und unten eine Öffnung trägt. Das Gefäß wird in einen Eimer gestellt, der mit 1%iger Lysollösung gefüllt ist. Das obere Ende des Gefäßes ist mit einem Drainageknopf verbunden unter Dazwischenschaltung eines gläsernen T-Stückes. Saugt man jetzt mit Hilfe der Spritze

an dem T-Stück Luft ab, so steigt die Lysollösung im Zylinder und in der Leitung in die Höhe. Man saugt so lange ab, bis die Lösung an das T-Stück selbst reicht. Die Größe des absaugenden Druckes ist natürlich gleich dem Abstand des tiefsten Punktes der Tamponade vom Wasserniveau im Eimer; sie soll etwa zwischen 40 und 50 cm betragen.

Ich habe das Verfahren angewendet: bei einer 35jährigen Pat. und bei einer 36jährigen Pat. mit Choledochotomien, ferner bei einem 62jährigen Mann, bei einer 47jährigen Frau, bei einem 49jährigen Mann, wo ich nach einer ausgiebigen Magenresektion auch Stücke des Pankreas mit entfernen mußte und wo die Tamponade mit dazu dienen sollte, den Hohlraum, welcher durch die Entfernung des Tumors entstanden war, zu beseitigen. Die Drainage hat in allen Fällen funktioniert und wurde gut vertragen. Den Knopf habe ich nach einer Woche entfernt, indem ich eine Seitennaht aus der Haut und aus der Fascie herausnahm und dann den Knopf herauszog. Die Wundtamponade wird dann mit Gaze bedeckt und im Laufe von 3—4 Tagen entfernt. Besonders ist dafür günstig die Lockerung der Gaze durch Befeuchten mit der von Poncet angegebenen Lösung von 10%igem Wasserstoffsuperoxyd.

Ich bin der Überzeugung, daß in gewissen Fällen, wo eben die gewöhnliche Tamponade nicht genügend wirkt, mit Hilfe der Aspirationsdrainage die Entstehung einer Peritonitis vermieden werden kann.

Man kann sich durch einen ganz einfachen physikalischen Versuch davon überzeugen, daß eine solche Aspirationsvorrichtung viel größere Mengen Sekret herausschafft, als die einfache Kapillardrainage, und daß es tatsächlich gelingt, jeden Tropfen Wundsekret auf diese Weise abzusaugen. Man versuche nur einmal ein halbgefülltes Wasserglas durch Kapillarität leerzusaugen, indem man ein Stück eines Gazestreifens hineinhängt und oben das andere Stück Gaze auf ein Holzbrettchen auflegt. Man braucht viele Stunden, während man es durch Aspiration in wenig Sekunden leerbekommt.

II.

Aus der chir. Privatklinik des Privatdozenten Dr. N. Trinkler in Charkoff (Rußland).

Zur Technik der Resectio appendicis.

Von

A. Belz, I. Assistenzarzt.

Bei der Resectio appendicis wird gewöhnlich folgendes Vorgehen empfohlen: nachdem das Peritoneum eröffnet ist, wird das Coecum mit dem Finger herausgeholt, die Appendix an ihrer Insertionsstelle aufgesucht, das Mesenteriolum unterbunden und abgetragen. Dieses

Verfahren ist nicht in allen Fällen angebracht und nicht selten mit schweren Verletzungen des Coecums verbunden, hauptsächlich wo die Appendix mit ihrer Spitze im Paranephrium fest angewachsen oder etwa an der unteren Oberfläche der Leber gelegen ist oder auch tief im Becken sitzt.

Für den weiteren Verlauf der Operation und der Nachbehandlung ist es ja durchaus nicht gleichgültig, ob das Coecum und das Colon ascendens stark gezerrt werden oder sogar bei Bestehen von entzündlichen Prozessen die Serosa an vielen Stellen abgelöst wird. Auf solche Serosaablösungen macht Richard Mühsam aus Prof. Sonnenburg's Klinik aufmerksam, indem er eine peinlich genaue Übernähung derselben empfiehlt. Deshalb erlaube ich mir ein schonenderes Verfahren bei der Resektion, hauptsächlich bei atypischer Lage der Appendix, zu empfehlen, welche Methode von meinem Chef, Dr. Trinkler, auf meine Veranlassung mehrmals angewandt wurde.

Nach Eröffnung des Peritoneums wird das Coecum so viel wie eben nötig aus der Wunde herausgezogen und die Ansatzstelle der Appendix aufgesucht. Jetzt durchschneidet man die Serosa und Muscularis an der freien Oberfläche, zieht mit einer stumpfen Nadel einen doppelten Faden zwischen der dem Mesenteriolum zugewandten Oberfläche und noch nicht durchtrennten Muscularis und Mucosa durch und unterbindet die Appendix doppelt. Zwischen den beiden Ligaturen wird nun die Appendix mit dem Messer oder dem Thermokauter durchtrennt und der eingestülpte Stumpf mit einer Zwei-Etagennaht übernäht. Die Arteria mesenterioli kann gleich nach der Durchtrennung gefaßt und unterbunden werden. Das Coecum wird jetzt reponiert und vom Assistenten mit der linken Hand, besser noch mit dem Kader'schen Löffel, der mit feuchter Gaze umwickelt ist, medianwärts gedrückt und die Appendix mit überraschender Leichtigkeit und Schonung vom Chirurgen aus ihren Verwachsungen herausgeschält, wobei alle blutenden Gefäße einzeln unterbunden werden. Auf solche Art wurde die Appendix von Dr. Trinkler fünfmal resesiert, wobei sich die Methode als besonders empfehlenswert erwies, da das Coecum und das Colon ascendens viel weniger geschädigt wurden.

Auf Anregung meines Chefs habe ich diese Methode kurz beschrieben, um auf dieselbe meine Kollegen aufmerksam zu machen und den Operationsakt der Resektion zu erleichtern, obwohl ich glaube, daß dieses Verfahren wohl schon oft auch von anderen Chirurgen angewandt wurde.

In Fällen, wo die vollkommene Entfernung der Appendix auf ganz besondere Schwierigkeiten stößt, könnte bei dieser Methode der apex des appendix in loco zurückgelassen, in der Richtung desselben die Bauchhöhle tamponiert und das Coecum vernäht in die Bauchhöhle versenkt werden.

---

1) **W. Kolle** und **A. Wassermann.** Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Lfg. 13—16.

Jena, Gustav Fischer, 1903.

Mit den vorliegenden Lieferungen beginnt der dritte Band des Werkes. Sie enthalten neben einer Anzahl von nur für den Bakteriologen wichtigen und interessanten Aufsätzen eine Reihe von Besprechungen, die dem allgemeinen Praktiker und dem Chirurgen von Wert sind. Dieser Wert tritt besonders dadurch hervor, daß sich die Entdecker verschiedener hierher gehörender Mikroorganismen an der Bearbeitung der Darstellungen beteiligt haben. Hervorgehoben seien hier nur die Aufsätze über: Cholera asiatica von Kolle, Staphylokokken von Neisser und Lipstein, Gonorrhöe von Neisser und Scholtz, Diplokokkus pneumoniae von Weichselbaum, Streptokokken von Lingelsheim, Influenza von Beck, Pyocyaneus von Wassermann und über die spezielle Bakteriologie des Auges von Axenfeld.

Letztgenannte Arbeit gibt uns ein anschauliches Bild, welch wichtige Rolle die Bakteriologie heute für die Diagnose und Behandlung der Augenkrankheiten spielt.

Auf Einzelheiten kann natürlich auch hier bei diesen ebenso wichtigen wie interessanten Kapiteln nicht eingegangen werden. Im allgemeinen gilt das für die früheren Lieferungen bereits mehrfach Hervorgehobene. Je mehr von dem Werke in unsere Hände kommt, um so unentbehrlicher scheint uns — Theoretikern wie Praktikern — dasselbe zu werden und um so klarer sehen wir, welch große Lücke bisher bestanden hat, die das Werk in glänzendstem Maße auszufüllen geeignet ist.

Silberberg (Breslau).

---

2) **M. M. Dieterichs.** Über die Ursachen der Erscheinungen nach ausgedehnten Verbrennungen des tierischen Organismus und ihre Behandlung.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

D. kam zu der Überzeugung, daß keine der bisherigen Erklärungen befriedigt, daß vielmehr »eine weithin im Körper wirksame toxische Schädlichkeit für den tödlichen Ausgang verantwortlich gemacht werden muß« (Dohrn) (vgl. die vom Verf. nicht zitierte Arbeit Dohrn's in Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX). Er unternahm es daher, auf cytotoxische Vorgänge im Blute der Kranken zu fahnden, festzustellen, ob Auto-, Iso- oder Heterolysine resp. -Agglutinine gebildet werden.

Die Tiere (Meerschweinchen und Kaninchen) wurden 12 Sekunden in 90° heißes Wasser getaucht und dann wurde ihnen nach verschieden langer Zeit (1—50 Stunden) aus einer Carotis Blut entnommen. Die Technik der Serumuntersuchung war die allgemein übliche, jedoch beobachtete D. 24 Stunden und stellte die Proben

für die ersten 2 Stunden in den Brutschrank, für die übrige Zeit in den Eisschrank.

Es ergab sich nun tatsächlich, daß die Tiere, die Verbrennungen erlitten haben, in ihrem Blute alle jene Substanzen bilden, und zwar am reichlichsten in den ersten 5—10 Stunden. Die Agglutinine treten zuweilen etwas später auf als die Lysine. Durch Erwärmen auf 57° während 35 Minuten wird das Serum inaktiv. Auf Grund dieser Tatsachen hält D. die Veränderungen des Blutes (Hämoglobinämie, Gerinnungen) für erklärt und ist der Meinung, daß man danach die Bildung noch anderer Zellgifte als sehr wahrscheinlich ansehen darf. (? Ref.)

Im zweiten Teile seiner Arbeit versucht Verf. nicht etwa aus den Resultaten seiner Experimente Vorteil für die Therapie zu ziehen, sondern er bespricht die chirurgische Behandlung von ausgedehnten Verbrennungen an der Hand von drei Punkten: 1) muß der Blutdruck gehoben werden, was durch intravenöse und rektale Zufuhr von Kochsalzlösung erreicht wird. Dadurch wird auch die Ausscheidung der Toxine durch die Nieren befördert; 2) muß dem Sauerstoffhunger, der infolge der Zerstörung der roten Blutkörperchen eintritt, durch reichliche Sauerstoffzufuhr gesteuert werden; 3) muß ein zu großer Wärmeverlust verhindert werden.

Für die lokale Behandlung der Wunden redet D. einem streng aseptischen, austrocknenden Verfahren möglichst ohne Medikamente das Wort.

V. E. Mertens (Breslau).

---

3) **J. Wentscher.** Ein weiterer Beitrag zur Überlebensfähigkeit der menschlichen Epidermiszellen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 21.)

Die positiven Ergebnisse von W.'s Transplantationsversuchen mit längere Zeit konservierten Hautläppchen sind einer zurückhaltenden Kritik Marchand's und Enderlen's, und zwar besonders dem Einwande begegnet, daß die bei ihnen auf granulierenden Hautgeschwüren erzielte Epitheldecke aus in der Tiefe der Wunde zurückgebliebenen Knäueldrüsenresten oder aus Epidermiswucherung vom Defektrande her entstanden sein könnte. Zwecks Widerlegung dieser Einwände hat W. neue Versuche der Art angestellt, daß die Transplantationen auf nackte Muskelflächen, in denen also die Gegenwart von Epithelresten schlechterdings ausgeschlossen ist, vorgenommen sind. Da auch hier aber wie früher unzweideutig positive Resultate erzielt wurden, erklärt W. seine früheren Angaben für einwandsfrei nachgewiesen.

Des näheren ist zu erwähnen, daß die fraglichen Versuche an zwei älteren, 61- bezw. 50jährigen Männern angestellt wurden, je zwei an demselben Individuum. Durch Einschnitt auf den Oberschenkel wurde eine ca. 3 cm im Quadrat messende Fläche des M. quadriceps bloßgelegt, die zur Bepflanzung diente. Die zur Aufpflanzung benutzten Läppchen waren den Versuchspersonen vom

Oberschenkel nach der Thiersch'schen Methode entnommen und in einem sterilisierten Reagensglas, das mit etwas angefeuchteter Gaze gefüllt und pilzdicht verschlossen war, konserviert. Sie gelangten im Versuche I nach 7tägiger, sonst nach 14tägiger Aufbewahrung zur Verwendung. Nur ein Versuch blieb ganz erfolglos, dagegen konnten im Versuch I 7 Tage nach der Transplantation eines 7tägigen und in Versuch IV 4 Tage nach der eines 14tägigen Läppchens mehrfach in Epidermisstrecken von verschiedener Ausdehnung vitale Vorgänge unzweideutigster Art in Form von Proliferation und Regeneration des Gewebes und vor allem in Gestalt zahlreicher, oft dicht gedrängt beisammenliegender Mitosen mit aller Bestimmtheit nachgewiesen werden.

Die Details der Beobachtungen, besonders die histologische Beschreibung der mikroskopierten Probeexzisionsstückchen nebst den beigefügten sehr schönen mikroskopischen Tafeln ist im Original einzusehen.

In praktischer Beziehung äußert W., daß sehr gut Läppchen nach 24 bis höchstens 48 Stunden dauernder Konservierung zur Transplantation verwertet werden können. Späterhin nimmt die Vitalität der Läppchen merklich ab, so daß sie praktisch nicht mehr zum Gebrauche zu empfehlen sind. Doch tut das dem Wert und Interesse, welches die W.'schen Versuche in biologischer Hinsicht beanspruchen, keinen Eintrag. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

4) **D. J. Tatarinow.** Die postoperativen Hämatome.

(Arbeiten aus Prof. Djakonow's Klinik.)

(Beilage zur Chirurgie 1903. [Russisch.])

T. untersuchte die physischen, chemischen und bakteriologischen Eigenschaften des Sekretes von Wunden mit vollständig geschlossener Hautdecke in 42 Fällen, vom 2. bis zum 7. Tage nach der Operation. Schlußfolgerungen: Die Flüssigkeit gerinnt außerhalb des Organismus nicht und enthält Fibrinogen, Fibrinferment und Albumosen in sehr verschiedenen Mengen; das Fibrinferment und die Albumosen können ganz fehlen. Das Ausbleiben der Gerinnung bei geringem Inhalt von Fibrinogen hängt vom Ausfallen desselben in der Wunde als Fibrin ab; bei größeren Mengen von Fibrinogen und gleichzeitig Fibrinferment wird die Gerinnung durch die Albumosen (Peptone) verhindert, die von Mikroorganismen erzeugt werden, die Mikroorganismen üben gleichzeitig eine verflüssigende Wirkung auf das Sekret aus. Die Hämatome sind Mischungen von Lymphe, Serum und Blut. Unter den Ursachen der Hämatombildung sind zu erwähnen die Arteriosklerose, die Eigenschaften der Wundstelle (reichliches Zellgewebe und Fett mit zahlreichen Lymphgefäßen), das Austreten von Blut und Lymphe aus der Knochenspongiosa, Traumen, weite Wundhöhlen und primärer totaler Wundverschluß. Solche Hämatome vereitern gewöhnlich; daher ist es besser, solche Wunden

nicht zu nähen, sondern für 2—3 Tage zu drainieren. In allen übrigen Fällen bilden die Hämatome keine besondere Beeinträchtigung der Wundheilung, da sie gewöhnlich entweder keine Bakterien enthalten, oder aber letztere dank der bakteriziden Eigenschaft der Blutbestandteile zugrunde gehen und keine Komplikationen in der Wundheilung hervorrufen.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

5) **Tavel** (Bern). Die Anwendung der Gelatine zur Verhütung postoperativer Hämatome.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903. Nr. 12.)

Die postoperativen Hämatome, welche in so hohem Maße zur Infektion disponieren, sucht T. durch Berieselung der frischen Wunde mit Gelatine zu vermindern. Er glaubt die Methode nach seinen bisherigen Erfahrungen empfehlen zu können. Voraussetzung ist natürlich, daß die Gelatine vorher durch Tierexperiment als sicher keimfrei erwiesen ist. T. läßt Glastuben mit solcher Gelatine bis zum Gebrauch in warmer Sublimatlösung liegen und bricht dann erst das Kapillarende ab. Er benutzt 10—50 ccm zur Betropfung einer Laparotomiewunde.

P. Stolper (Göttingen).

---

6) **Payr.** Zur Frage der zirkulären Vereinigung von Blutgefäßen mit resorbierbaren Prothesen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 1.)

Verf. polemisiert in sehr energischer Weise gegen die Veröffentlichungen von Salinari, Virdia, Reinsholm und Jensen, welche seine Methode der zirkulären Vereinigung von Blutgefäßen abfällig beurteilt haben. Er macht ihnen den Vorwurf, daß sie die erste für eine Nachprüfung erforderliche Bedingung vernachlässigt hätten, nämlich die genaue Befolgung der vom Urheber einer neuen Methode vorgeschriebenen Versuchsanordnung. Im übrigen bespricht er eingehend die Literatur und die neueren Arbeiten, die sich an seine Arbeiten über das genannte Thema angeschlossen haben. Besonders hervorgehoben ist die Arbeit Höpfner's, der ausgezeichnete Resultate mit dem Verfahren erzielte. Jedenfalls glaubt P. auf Grund seiner Versuche wie gewissenhafter Nachprüfungen von anderer Seite, dargetan zu haben, daß die Gefäßvereinigungsmethode mittels resorbierbarer Magnesiumprothesen imstande ist, den an sie gestellten Anforderungen zu entsprechen. Er hält sie auch für einfach, sicher und technisch ohne besondere Schwierigkeiten durchführbar.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

7) **Lewandowski.** Über Thiosinamin und seine Anwendung.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 10.)

Verf. gibt einen kurzen Überblick über die von den verschiedenen Autoren gesammelten Erfahrungen bei der Anwendung des

Thiosinamins und stellt an der Hand derselben und nach eigenen Beobachtungen folgende Hauptsätze auf: Das Thiosinamin ist für den Organismus unschädlich, es wird am besten in 15%iger alkoholischer Lösung verwandt und ist indiziert bei allen narbigen Zuständen der äußeren Haut und des inneren Körpers, welcher Herkunft die Narben auch sein mögen, ferner vor Operationen wegen narbiger Verwachsungen als präparatorisches Mittel, sowie zur Erweichung Beschwerden verursachender postoperativer Narben, schließlich auch in der Augenheilkunde und bei fibrös-narbigen Veränderungen im inneren Ohre, die zu Schwerhörigkeit und Taubheit Anlaß geben. Kontraindiziert ist die Anwendung des Thiosinamins, wo eben abgelaufene entzündliche Prozesse wieder aufflammen und dem Organismus damit Gefahr bringen können.

Eine ausführliche Literaturangabe ist dem Aufsatze beigefügt.

Silberberg (Breslau).

---

8) **Scholder.** Die Schulskoliose und deren Behandlung.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 3.)

S. bezeichnet als Schulskoliose eine zur Gewohnheit gewordene, mehr oder weniger fixierte und konsolidierte schiefe Haltung des Rumpfes, die durch Veränderungen an den Knochen und Bändern der Wirbelsäule bedingt ist. Wenn auch gewisse Autoren diesen Ausdruck Schulskoliose nicht anerkennen und dieselbe als rachitische Skoliose bezeichnet wissen wollen, so hält Verf. auf Grund seiner Untersuchungen, die in den Primarschulen Lausannes unternommen sind, diesen Namen wohl für existenzberechtigt. Es erstrecken sich seine Untersuchungen auf 2314 Schulkinder, von denen 571, d. h. 24,67%, leicht skoliotisch waren, und zwar von 1290 untersuchten Knaben 297 skoliotisch = 23,0%, von 1024 Mädchen 274 skoliotisch = 26,7%. Der Unterschied in der Häufigkeit der Skoliose bei beiden Geschlechtern ist hier demnach nicht so groß, als in den orthopädischen Instituten, die für den Nachweis der Schulskoliose nicht benutzt werden dürfen. Das häufige Überwiegen der linksseitigen Skoliose, die Zahl der Myopien, die wenig günstig hygienischen Verhältnisse des Schulgebäudes selbst, die mit der Zahl der Skoliosen gleichen Schritt halten, erlauben eben nur den Schluß, daß die Schule als determinierende Ursache angesehen werden muß.

Im zweiten Teile der Arbeit bespricht Verf. die prophylaktische Behandlung der Schulskoliose in der Schule selbst und zu Hause, die zwar sehr lesenswert, aber im Original zu ersehen ist, um im letzten Teil auf die Behandlung der Schulskoliose im orthopädischen Institut überzugehen. Nach einer exakten Untersuchung, wobei alle Einzelheiten der Wirbelsäule notiert und aufgezeichnet werden sollen, an den Extremitäten auf event. vorhandene Bildungsfehler (Verkürzung, Plattfuß, Genu valgum, Genu varum) geachtet werden soll, auch die inneren Organe durchaus nicht übersehen werden dürfen, ist erst eine zweckmäßige Behandlung der Schulskoliose in Erwägung

zu ziehen. Verf. ist ein entschiedener Gegner der Korsettbehandlung, die überhaupt nur bei schmerzhaften und hochgradigen Skoliosen, die mit Respirationsstörungen einhergehen, in Frage kommt. Die mediko-mechanische Behandlung ist eine rationelle Behandlung der Skoliose, die sich folgende Aufgaben stellt:

1) Die Wirbelsäule in ihrem mehr oder weniger ankylosiertem Segment wieder beweglich zu machen, und zwar derart, daß eine Überkorrektion möglich wird.
2) Die etwaige vorhandene Torsion in eine überkorrigierte Stellung zu bringen.
3) Die Muskulatur zu kräftigen.

Hartmann (Kassel).

---

9) **W. Lovett** (Boston). The mechanics of lateral curvature as applied to the treatement of severe cases. Mit einer Nachschrift von W. Schulthess.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XI. Hft. 4.)

Bei einer anderen Gelegenheit hat Schulthess die Untersuchungen L.'s über die Mechanik der normalen Wirbelsäule der deutschen Literatur zugänglich gemacht (cf. Zentralblatt für Chirurgie 1903 p. 49). Schulthess übernimmt es nunmehr, auch die praktischen Ergebnisse, die L. aus seinen Studien für die Behandlung der Skoliose gewonnen und in einer Arbeit niedergelegt hat (Boston med. and surg. journ. Vol. exlv. Nr. 18 1901 Oktober 31), in deutscher Übersetzung bekannt zu geben.

Da L. der vertikalen Suspension nur einen geringen Effekt zuschreibt, wählt er behufs Anlegung eines Gipskorsetts die horizontale Bauchlage mit korrektivem seitlichem Druck, während die Beine rechtwinklig zum Rumpf herunterhängen. Die horizontale Lage gestattet nach L. größere seitliche Verschiebung, da die Wirbelsäule nicht straff gestreckt und dadurch ihrer Elastizität beraubt ist. Ferner flacht sich in horizontaler Bauchlage die Lumbalwirbelsäule ab, ohne daß sie eine Hyperextension in der Dorsalregion, die unzweckmäßig wäre, benötigt. L. erprobte seine Methode auch durch Experimente an der Leiche und am lebenden Modell. Er führt einige Krankheitsfälle an, die mit Hilfe dieser Methode gebessert wurden.

In der Nachschrift macht Schulthess unter anderem wiederholt darauf aufmerksam, daß man nicht berechtigt ist, die Deduktionen, welche aus dem normalen Verhalten der Wirbelsäule abgeleitet sind, auf die skoliotische Wirbelsäule zu übertragen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

10) **K. Hasebroek.** Zur Ehrenrettung des Hessingkorsetts.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XI. Hft. 4.)

Auf Grund seiner Erfahrung ist Verf. mit der Kritik, die Becker am Hessingkorsett übte (cf. Zentralblatt für Chirurgie 1903

p. 813), nicht einverstanden. Er hebt die Vorzüge des Stoffkorsetts gegenüber den starren Korsetts hervor und erläutert sie an einigen praktischen Beispielen. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

11) **Wieland** (Basel). Über Diphtherieheilserum.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903. Nr. 14 u. 15.)

W. vergleicht das große Diphtheriematerial des Baseler Kinderspitals aus der Zeit vor Anwendung des Serums und das aus der Zeit seit Einführung desselben. Er kommt zu dem Resultat, daß sich danach das Behring'sche Serum einwandsfrei als ein wirksames, die Heilaussichten der Bretonneau'schen Diphtherie vermehrendes Mittel darstellt. Als besonders wertvolles Beweismittel muß man den Vergleich ansehen zwischen den tödlich geendeten Fällen operierter Kehlkopfstenosen aus der Zeit vor und aus der nach der Serumanwendung, weil hier genaue Obduktionsbefunde die Beurteilung des Effektes ermöglichten. Als Hauptresultat des vergleichenden Studiums dieser Sektionsprotokolle ergab sich ein synchron mit der Anwendung des Heilserums eingetretener und seither konstant gebliebener, höchst auffälliger Rückgang der Diphtherielokalisation in den tiefen Bronchien des in Basel bis zum Jahre 1895 bei den Sektionen die Regel bildenden ungemein häufigen sog. absteigenden Krupps. Der Tod erfolgt bei den serumbehandelten tödlichen Fällen nicht unter den Erscheinungen der Erstickung (Kohlensäureintoxikation), sondern unter denen der Toxinämie bei herabgesetzter Membranbildung. Also wird bei geringer Toxinbildung und langsam vorschreitendem Verlauf die Wirkung des Mittels am besten sein. Die schwer toxischen Fälle kann nach W. nur eine besonders frühe Anwendung des Serums bezw. die prophylaktische Injektion retten. Das Schicksal dieser Fälle ist, wie auch der Tierversuch lehrt, nicht in den ersten Tagen, sondern in den ersten Stunden schon entschieden.

W. sieht in der Einschränkung und raschen Rückbildung der Membranbildung die Hauptwirkung des Serums. Diese lokale Wirkung beschränkt naturgemäß auch die Toxinproduktion und trägt so zur Entgiftung des Blutes bei.

Die auf ein reiches Material gestützte Arbeit ist um so bedeutungsvoller, als aus derselben Klinik schon früher gelieferte wertvolle Arbeiten über die Diphtherie zeigen, daß man allen Fällen ein verschärftes Interesse zugewandt hat. **P. Stolper** (Göttingen).

---

12) **Castañeda.** Del empleo del clorhidrato de adrenalina en el tubage laringeo.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid 1903. Nr. 794.)

C. hat sehr gute Erfahrungen gemacht mit einer vor Ausführung der Intubation ausgeübten Behandlung des Zungengrundes und des

Kehlkopfeinganges mit einer Adrenalinlösung der üblichen Konzentration. Man benötigt nur einige Tropfen der Lösung, der man zweckmäßig etwas Kokain zufügt. Die Einführung des Adrenalins geschieht 5—10 Minuten vor der Intubation mit Hilfe einer Kehlkopfspritze. Am geeignetsten für seine Applikation sind akute Prozesse des Kehlkopfes mit Ausnahme von rein diphtherischen, bei welchen durch die aufgelagerten Membranen das Adrenalin an Wirksamkeit einbüßt. Doch wirkt es auch hier gewissermaßen in antiphlogistischem Sinne. **Stein** (Wiesbaden).

---

13) **G. Friedländer †.** Vagus und Peritonitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 1.)

Es ist eine bekannte und wohl auch allgemein anerkannte Tatsache, daß bei der Peritonitis die lokalen Veränderungen den ganzen Symptomenkomplex nicht allein zu erklären vermögen, sondern daß man vielmehr das Vorhandensein einer Allgemeinerkrankung annehmen muß. Man hat deshalb schon frühzeitig bei Erkrankungen der Bauchhöhle ein Mitergriffensein des verlängerten Markes, eine Störung in der Funktion der Zentren angenommen. Derartige Fernwirkungen vom Bauchfell nach der Medulla sind nur auf zwei Wegen möglich, auf dem Wege der Blutbahnen oder der Nervenbahnen. Dementsprechend sind zwei Ansichten weiter ausgebildet worden, die als Intoxikations- und als Reflextheorie allgemein verbreitet sind. Beide Theorien schließen übrigens nicht ohne weiteres einander aus. Besonders ist es ein Symptom, welches durch sein Dasein beweist, daß es durch Intoxikation, d. h. Resorption von Toxinen nicht entstanden ist, das Mißverhältnis von Puls und Temperatur, insofern, als bei Erzeugung einer Peritonitis die Pulserhöhung wesentlich höher ist, als sie gegenüber der Temperatursteigerung bei Infektion von anderem Ort aus sein würde. Aus diesem Grunde hat F. untersucht, welche Effekte auf dem Nervenwege vom Bauchfell aus überhaupt zustande kommen können, und — wenn solche vorhanden sein sollten — wie groß die Rolle ist, die sie im Ablauf einer akuten Peritonitis resp. einer Inkarzeration spielen.

Nach einer näheren Beschreibung der Anatomie des Vagus und Sympathicus, welche ja allein für die nervöse Erregung der Bauchhöhle in Betracht kommen, wendet sich F. den Experimenten zu, welche den großen Unterschied zwischen Puls und Temperatur erklären sollen. Eine hohe Pulsfrequenz kann auf verschiedene Weise entstehen. Erstens vermag sie durch Lähmung des Vagus herbeigeführt zu werden, zweitens durch starke Blutverluste. Einen Zustand aber, der einem solchen Blutverlust gleichen würde, verursacht die Lähmung des Splanchnicus, des vasomotorischen Nerven des Darmes durch Blutüberfüllung der Bauchorgane.

Bei den Versuchen am N. splanchnicus fand Verf. bei Durchschneidung desselben beiderseits und Reizung des zentralen Endes

als erste Beobachtung, daß der Nerv überaus schmerzempfindlich ist. Selbst bei Narkose wacht das Versuchstier auf und wimmert vor Schmerz. Die Frequenz und das Aussehen der Pulskurve ändert sich niemals, der Blutdruck steigt jedoch ein wenig an, und zwar auffallend spät, eine Minute nach dem Aufhören der Reizung. Aus diesen Versuchen folgt, da der Vagus nicht im geringsten schmerzempfindlich ist, daß der peritonitische Schmerz auf dem Wege des Splanchnicus dem Zentralorgane mitgeteilt wird; und zwar muß das Ganglion coeliacum der Angriffspunkt desselben sein. Außer dieser Tatsache der Schmerzleitung konnte F. aber weder durch zentrale Reizung des Sympathicus noch des Splanchnicus neue Gesichtspunkte zur Erklärung des peritonitischen Symptomenkomplexes finden. Bei analogen Versuchen am Vagus ergab sich regelmäßig ein Sinken des Blutdruckes unter die Höhe, die er vor dem Reize hatte, und zwar um so tiefer, je zahlreicher und stärker die Reize waren. Nach Aufhören der Reize trat in der Regel eine Wiederherstellung des Blutdruckes bis zur Norm ein. Der Puls war meistens am Anfang deutlich verlangsamt. Diese Verlangsamung fiel immer nur in den allerersten Teil der Reizdauer und nahm nicht zu, sondern hörte nach 15 Sekunden auf. Von da an blieb die Frequenz unverändert. Es lag offenbar eine Parese des vasomotorischen Zentrums oder des Splanchnicus vor. Jedenfalls bewiesen die Experimente, daß durch Erregungen auf dem Gebiete des Vagus das Mißverhältnis der Temperatur und des Pulses bei Bauchfellentzündung entstehen kann. Weiterhin wurde nun bei Katzen eine Peritonitis erzeugt, was übrigens gar nicht leicht gelang, und dann wurden die Tiere, denen die Vagi durchschnitten wurden, mit jenen mit intakten Vagi verglichen. Dabei zeigte sich, daß die Katzen mit intakten Vagi eher kollabierten als die anderen. Alleinige Todesursache oder auch nur wesentliche Todesursache konnten die Vagi nicht gewesen sein, da auch die Tiere mit durchschnittenem Vagus nicht viel langsamer zugrunde gingen, wenn sie sich auch anfänglich besser hielten. Der Tod der Tiere wurde durch die Intoxikation und Darmparalyse allein herbeigeführt. Der Vaguseffekt war wahrscheinlich nur ein nebensächliches Akzidens und für den Verlauf um so gleichgültiger, je schwerer die Intoxikation war.

Dasselbe gilt von Inkarzerationsversuchen und Strangulationen des Netzes, die vom Verf. ausgeführt wurden. Bemerkenswerte Resultate ergab nun die Untersuchung an Versuchstieren, die im Stadium sog. peritonitischer Reizung beobachtet wurden. Bei diesen konnte man die hohe Pulsfrequenz als die direkte Folge der Blutdrucksenkung bei zentraler Reizung der Bauchvagi ohne weiteres erklären. Vor allem scheint das Ganglion coeliacum von größerer Bedeutung zu sein als bisher angenommen ist. Wird es pathologisch erregt, sei es durch Entzündung oder durch nervöse Einflüsse, so teilt es seine Erregung wahllos allen Nerven mit, die von ihm ausgehen, dem Splanchnicus, den Vagi und den Nerven des Plexus

solaris. Zentralwärts markiert der Schmerz die Erregung des Splanchnicus, der Kollaps die Erregung der Vagi. Peripherwärts gibt sich die Erregung des Plexus solaris durch die Darmparese resp. -Paralyse zu erkennen. Der frequente Puls bei der menschlichen Peritonitis zeigt an, daß der entzündliche Prozeß sich in dem intramesenterialen resp. subserösen lockeren Zellgewebe, in dem die nervösen Elemente liegen, und damit über das ganze Bauchfell auszubreiten beginnt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

14) **W. P. Gerassimowitsch.** Über blutiges Erbrechen bei Peritonitis.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 46.)

G. beobachtete elfmal blutiges Erbrechen im Verlaufe der Peritonitis verschiedenen Ursprunges (Appendicitis, Tuberkelgeschwüre, Ileus usw.); alle Pat. — Kinder unter 14 Jahren — gingen zugrunde. Bei einigen trat das Erbrechen nach Laparotomie auf, bei anderen unabhängig von der Operation. In sieben Fällen wurde der Magen mikroskopisch untersucht. Fast immer fand man Infiltration der Drüsenschicht, besonders der Drüsenspitzen, mit Rundzellen, Proliferation der Kerne in allen Schichten, Vergrößerung der Lymphknötchen mit Bildung kleinster Eiterherde — mit einem Wort, Entzündung der Schleimhaut toxischen Ursprunges. Seltener waren gelatinöse Veränderungen der Schleimhaut: Dilatation der Venen der Submukosa und der Kapillaren der Drüsenschicht. Letztere waren 10—15mal breiter als normal, zeigten zahlreiche Blutungen per diapedesin. Stellenweise waren die infiltrierten Gewebe entfärbt, die Kerne der Drüsenzellen färbten sich nicht, das Gewebe war homogen, zeigte an einigen Stellen oberflächliche Erosionen. Bakterien wurden nur in einem Falle gefunden (Pyämie). — Schlußfolgerungen: 1) Blutiges Erbrechen toxischen Charakters ist ein Symptom nicht der Appendicitis (Dieulafoy), sondern der allgemeinen septisch-eitrigen Peritonitis. 2) Bei Appendicitis ohne Peritonitis entsteht das Erbrechen durch Verschleppung der Bakterien aus dem Wurmfortsatz in den Magen, also infolge Pyämie. 3) Dem blutigen Erbrechen bei Peritonitis liegen kleinste Blutungen per diapedesin zugrunde; die Bildung der Erosionen geschieht erst sekundär. 4) Außer toxischen Veränderungen der Gefäßwände spielt bei Entstehung der Blutungen wahrscheinlich eine Lähmung der Vasomotoren des Magens, eine örtliche Stauung und Drucksteigerung eine Rolle. 5) Das blutige Erbrechen wird meist bei Kindern beobachtet und gibt eine schlechte Prognose.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

15) **Strauss** und **Bleichröder.** Untersuchungen über den Magensaftfluß.

Jena, **Gustav Fischer,** 1903. Mit 5 Abbildgn. u. 1 Kurve im Texte.

Die Verff. beschäftigen sich in der vorliegenden Monographie mit dem von Reichmann zuerst beschriebenen Krankheitsbilde der

Gastrosuccorhöe. S., welcher unter Zugrundelegung einer Reihe von Beobachtungen den klinischen Teil bearbeitet hat, unterscheidet eine akute und eine chronische Form des Magensaftflusses. Derselbe stellt einen einheitlichen Krankheitszustand dar, welcher die Folge eines irgendwo am sezernierenden Apparate des Magens lokalisierten und durch verschiedene Ursachen bedingten Reizzustandes darstellt. Je nach dem Orte des Angriffspunktes des Reizes an dem sezernierenden Apparate unterscheidet S. Fälle mit intraventrikulärem und Fälle mit extraventrikulärem Ursprunge. Nosologisch nimmt der Magensaftfluß eine ähnliche Stellung wie der Hydrops oder die Glykosurie ein. Therapeutisch kommen Entleerung des Magens vom überschüssigen Sekret, zweckmäßige Ernährung (Eiweiß-, Fettnahrung), medikamentöse Beeinflussung und in schweren Fällen chirurgische Eingriffe in Frage, letztere dann, wenn Körpergewicht und Urinmenge trotz zweckmäßiger Ernährung mehr und mehr sinken. Von den chirurgischen Eingriffen, die natürlich stets dem Grundübel Rechnung tragen müssen, kommt hauptsächlich die Gastroenterostomie in Betracht, die durch Verbesserung der Abflußverhältnisse und Entlastung des Magens den Reizzustand zu beseitigen in der Lage ist und die auch der Gefahr einer Gastroptose vorbeugt. Anhangsweise berichtet sodann S. über die Ergebnisse einer Reihe von Stoffwechseluntersuchungen beim Magensaftfluß bezüglich des Verhaltens der Urinmenge, des Kochsalz- und Phosphorsäuregehaltes des Urins, der Harnazidität und der Ätherschwefelsäuren im Urin.

Den pathologisch-anatomischen Teil der Arbeit hat B. geliefert. Den bereits in der Literatur veröffentlichten pathologisch-anatomischen Befunden fügt er die Ergebnisse seiner eigenen, sehr sorgfältig ausgeführten histologischen Untersuchungen hinzu, die er an einem von S. beobachteten Falle von Magensaftfluß hat machen können. In Übereinstimmung mit Honigmann, Strauss, Myer u. a. kommt er dabei zu einem durchaus negativen Ergebnis. Weder an den drüsigen Elementen, noch an dem interstitiellen Gewebe des Magens haben sich Veränderungen feststellen lassen, die irgendwie für die Hypersecretio continua bezw. die damit verbundene Hyperazidität charakteristisch gewesen wären, und mit den jetzigen Hilfsmitteln läßt sich histologisch keine scharfe Grenze zwischen physiologischer Tätigkeit und pathologischer Functio aucta ziehen.

Deutschländer (Hamburg).

---

16) **G. Diliberti-Herbin** (Palermo). Sulle estese resezioni dell' intestino tenue.

(Gazz. med. italiana 1903. Nr. 41.)

Um den Einfluß zu studieren, welchen ausgedehnte Resektionen des Darmes auf den Organismus ausüben, hat Verf. bei zwei Hunden genau die Hälfte des Dünndarmes reseziert, das eine Mal das Jejunum, das andere Mal das Ileum, und alsdann in bestimmten Zeitabschnitten, bis zum 93. Tage nach der Operation, die N- und Fett-

ausscheidung bei bestimmter, sich gleich bleibender Diät untersucht. Dabei ergab sich, daß die N- und Fettausscheidung nach der Operation um 1/3 bis 2/3 zunahm und auch noch lange Zeit höhere Werte zeigte. Das Gewicht der Tiere stieg nach anfänglichen Schwankungen und sie erholten sich im allgemeinen bald, ohne gröbere Störungen in der Ernährung zu zeigen. Die Obduktion des einen der Tiere nach 6 Monaten zeigte keine wesentlichen Veränderungen des Darmes. Es scheint also — beim Hunde — die operative Ausschaltung funktionstüchtigen Dünndarmes bis zur Hälfte seiner Gesamtlänge ohne bedrohlichen Schaden für die Ernährung möglich zu sein. **A. Most** (Breslau).

---

17) **R. Binaghi** (Cagliari). Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell' invaginamento intestinale.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 9.)

Versuchsreihen an Hunden:

1) Normale Dünndarmschlingen werden faradisch zur Kontraktion gebracht und in tiefere weite Schlingen invaginiert. — Diese Invaginationen werden schon nach 3 Tagen nicht mehr aufgefunden.

2) Anämisierte Darmschlingen (Ligatur der entsprechenden Mesenterialarterien) werden in tieferliegende normale eingeschoben. — Auch diese Invaginationen sind schon nach 24 Stunden gelöst; nach längerer Zeit treten nekrotische Prozesse an der Schleimhaut auf.

3) Nach Einfuhr von 1 ccm 5—20%iger ClK-Lösung in die zuführende Arterie und Einwirkung durch 2—3 Minuten auf den Darm wird die korrespondierende Vene geöffnet, die Lösung entleert (mit welcher Sicherheit? Ref.), dann die Invagination ausgeführt. — Diese Einschiebung bleibt bestehen, diese Schlingen erfahren die bekannten Veränderungen. **J. Sternberg** (Wien).

---

18) **Heinricius.** Über die Cysten der Milz und über ihre Behandlung speziell durch Splenektomie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 1.)

H. beschreibt die Kranken- und Operationsgeschichte einer 14jährigen Pat., der er eine Cyste der Milz durch Laparotomie entfernt hat. Dieselbe ist wahrscheinlich aus einem Lymphgefäß entstanden, sofern das Fehlen eigentlichen neoplasmatischen Gewebes, die glatte Beschaffenheit der Wand, die Reste einschichtigen Epithels und die Natur des Inhaltes dafür sprechen. Im Anschluß an diesen Fall gibt Verf. eine allgemeine Schilderung des Krankheitsbildes der Milzcysten. Er unterscheidet mit Litten uni- und multilokuläre Cysten nicht parasitären Ursprunges, Echinokokken und Dermoidwie Atheromcysten. Die letzteren sind Raritäten ohne klinisches Interesse. Über die Entstehung der Cysten nicht parasitären Ursprunges in der Milz sind die Autoren verschiedener Meinung. Die hämorrhagischen Cysten müssen auf Blutergüsse zurückgeführt wer-

den, welche infolge Gefäßruptur entstanden sind. Die Ursache dafür sind atheromatöse Prozesse, anderweitige Gefäßerkrankungen oder Trauma. Die Entstehung der Lymphcysten wird durch Böttcher in der Weise erklärt, daß ein Arterienast sich verstopft, und zwar durch amyloide Degeneration; der vom Gefäß versorgte Bezirk nekrotisiert, und durch Flüssigkeitsaufnahme entstehen Cysten, die eine epitheliale Auskleidung und eine fibröse Hülle erhalten. Aus zwei Nachbarcysten entsteht durch Druckatrophie der Wandung eine große. Die fibröse Wand entwickelt sich durch Reizerscheinungen auf die Nachbarschaft. Ronggli ist der Ansicht, daß in der Mehrzahl der Fälle Cysten sich durch Abschnürung des Peritonealepithels bilden zu einer Zeit, als dasselbe noch die kubische Beschaffenheit hatte. Andere führen die Entstehung der Cysten auf das Lymphgefäßsystem zurück. In fast sämtlichen beschriebenen Fällen saßen die Cysten in der unteren Milzhälfte, während die obere Hälfte des Organs ganz normal war. Soweit der inneren Wand Reste von Milzgewebe anhafteten, war dieselbe von einem Trabekelsystem ausgekleidet, welches der Cyste das Gepräge eines kavernösen Gewebes verlieh. Die großen unilokulären Cysten kommen in den meisten Fällen wahrscheinlich durch die Rarefizierung des Trabelsystems zustande. Während die innere Wand der Lymphcysten mit einer feinen Endothelialauskleidung von doppelter und mehrfacher Lage versehen ist, deren Endothelien starke Wucherungsprozesse darbieten, pflegen die serösen Cysten mit einschichtigem Plattenepithel ausgekleidet zu sein, welches dem Endothel seröser Häute vergleichbar ist. Sind die Cysten klein, so verursachen sie keine Symptome; vergrößern sie sich, so veranlassen sie Kompressionserscheinungen von seiten des Herzens und der Lunge. Bei größeren Cysten bestanden Schmerzen in der linken Seite, Dyspnoe, Digestionserscheinungen, Herzpalpitationen, nervöse Symptome, Anämie, Ascites und Ödeme. Die fühlbare Geschwulst ist bald eben, bald uneben, bald weich, bald stellenweise hart. Die Prognose ist infolge eventueller Mißlichkeiten, wie Ruptur und Entzündung, schlecht. Die Diagnose ist nicht leicht. Verwechslungen mit Erkrankungen an anderen Organen sind möglich und richten sich nach der Lage, welche die Milz in ihrem vergrößerten Zustand einnimmt. Fast in allen bisher publizierten Fällen ist ein Irrtum in diagnostischer Hinsicht begangen worden oder die Diagnose zweifelhaft geblieben, resp. erst bei der Operation oder Sektion gestellt worden. Die rationellste Behandlungsmethode ist die Splenektomie, die nur durch hochgradige Kachexie oder durch ausgebreitete Verwachsungen kontraindiziert ist. Am Schlusse der Arbeit ist die bisher festzustellende Zahl der Fälle genauer beschrieben und zusammengestellt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

19) **Robinson.** Tropical abscess of the liver.

(Annals of surgery 1903. Oktober.)

Verf. weist auf die Häufigkeit des Leberabszesses bei Dysenterie hin. 3680 wegen Ruhr ausgeführte und von Manson statistisch nach verschiedenen Berichten zusammengestellte Autopsien zeigten 21% Leberabszesse. Während des Krieges auf den Philippinen wurden in 12% der Dysenteriefälle Leberabszesse beobachtet. Versuche an Leichen bewiesen R., daß vom 8. Zwischenrippenraum ausgeführte Punktionen nicht einmal die Hälfte der Leber abzusuchen vermochten; bei negativem Erfolg ist daher an möglichst vielseitigen Stellen zu punktieren. Die Punktion, die ein harmloser Eingriff ist, soll möglichst frühzeitig ausgeführt werden, um zu verhindern, daß zu viel Lebergewebe nekrotisch wird, oder daß Septhämie eintritt. Infolge dieser letzteren beiden Komplikationen ist die Sterblichkeit bei Leberabszessen noch eine verhältnismäßig hohe.

Für die Operation wird der unter dem Rippenbogen verlaufende transversale Schnitt mit eventueller Rippenresektion von R. bevorzugt. Die zur Punktion vorher eingestoßene Nadel bleibt in der Leber stecken und dient als Leitsonde; der Abszeß selbst wird stumpf mit dem Finger eröffnet. Sind keine abschließenden Verwachsungen vorhanden, so wird zunächst nur mit Jodoformgaze tamponiert und der Abszeß nach Ablauf von 48 Stunden eröffnet. Kann der Abszeß nur durch die Pleurahöhle entleert werden, so ist das Zwerchfell event. mit der verwachsenen Leber an die Pleura costalis zu nähen. Ist dieses nicht ausführbar, so soll bei in Mitleidenschaft gezogener Pleurahöhle der Abszeß sowohl von dieser als auch von der Bauchhöhle eröffnet und drainiert werden. Kautschukröhren sind behufs Drainage der Gazetamponade vorzuziehen.

Von den sechs am Schluß der Arbeit vom Verf. zitierten, von ihm operierten Pat. mit Leberabszeß kamen nur vier mit dem Leben davon. In fünf der Fälle handelte es sich allerdings um multiple Abszesse.

Herhold (Altona).

---

20) **Heinricius.** Über rezidivierende retroperitoneale Lipome.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 1.)

Retroperitoneale Lipome sind an sich seltene Geschwülste, noch seltener ist es, daß sie rezidivieren. Verf. hat zwei einschlägige Fälle beobachtet, bei denen das Rezidiv an der Stelle der ursprünglichen Geschwulst auftrat. Der Ausgangsort solcher Lipome ist die Tiefe des retroperitonealen Fettgewebes, weshalb sie Terillon mit Unrecht Lipomes du mésentère nennt. Die Teile des Darmes, mit denen solche Geschwülste in Berührung gefunden wurden, waren das Colon ascendens oder die Flexura sigmoidea. Die meisten Fälle scheinen sich hinter dem Colon ascendens und dem Blinddarm entwickelt zu haben und schoben also vor allem den betreffenden Darmteil nach vorn oder auf die linke Seite hinüber. H. hat schon im

Jahre 1900 einmal über dasselbe Thema geschrieben und 35 Fälle zusammengestellt. Zu diesen fügt er die seit jener Publikation neu beschriebenen Krankengeschichten. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

21) **Gould.** A case of malignant oedema.

(Annals of surgery 1903. Oktober.)

Verf. weist darauf hin, daß das akute maligne Ödem häufig mit der durch den Welch'schen aerogenen Kapselbazillus hervorgerufenen Infektion verwechselt worden ist. In der Literatur vermochte er nur fünf Fälle zu finden, in welchen das Vorhandensein des malignen Ödems durch den dieser Krankheit eigentümlichen Bazillus nachgewiesen wurde. Er selbst beobachtete einen einschlägigen Fall.

In der Umgebung einer an der Ferse befindlichen Wunde trat nach 2 Tagen Gangrän und Hautemphysem unter Fieber und Pulszahlerhöhung auf. Da der Kranke sich nicht gleich zur Amputation entschloß, griffen diese Erscheinungen weiter nach oben aus, so daß schließlich im Kniegelenk exartikuliert wurde. Die Haut an der hinteren Fläche des Unterschenkels war brandig und matsch, an der vorderen Fläche zeigte sie gelbblaue Streifung. Nach der Operation genas der Kranke.

Die Kulturen, die aus den Geweben des amputierten Beines angelegt wurden, zeigten einen obligat anaeroben, sporentragenden Bazillus; derselbe lag sowohl einzeln, wie kettenförmig, als auch in langen Fäden; seine Enden waren rund und gegeißelt. In Glukoseagar und Glukosebouillon entwickelte er reichlich Gas, auf Kartoffeln und Blutserum wuchs er nicht. Mit dem Bazillus subkutan geimpfte Guineahühner gingen nach 18—24 Stunden zugrunde.

Herhold (Altona).

22) **N. A. Grigorowitsch.** Zur Frage von der Muskeltransplantation.

(Arbeiten aus Prof. Djakonow's Klinik Bd. III.)

(Beilage zu: Chirurgie 1903. [Russisch.])

Kurze Beschreibung folgender Fälle: Zweimal wurde bei Atrophie des Musc. deltoideus nach Poliomyelitis anterior ein Lappen aus diesem Muskel (mit einem abgeschlagenen Stück des Proc. acromialis im freien Rande) mit einem Lappen aus dem M. trapezius vernäht. Einmal war der Erfolg sehr gut, im zweiten Falle ungenügend (zu kurze Beobachtung). In einem dritten Falle war die Oberschenkelmuskulatur gelähmt, das Bein abduziert; hier wurde der obere Ansatz des M. sartorius ans Tuberculum pubicum befestigt. Erfolg: das Bein kann etwas adduziert werden. — Endlich kommen drei Fälle von Transplantation des M. sartorius zur Deckung der Bruchpforten (s. das Referat der Arbeit Tschish's in d. Zentralbl. 1903 Nr. 40); einmal Erfolg, einmal Absterben des Randes des Lappens, Kontraktion bei elektrischer Reizung; im dritten Falle starb Pat. 3 Tage nach der Operation an Herzschwäche. — G. beschreibt die Versorgung des M. sartorius durch Blutgefäße; letztere dringen 21—24 cm, 11—14 cm, endlich 8 cm vom oberen Ansatz in den Muskel. **Gückel** (Kondal, Saratow).

23) **Merklen.** Traitement de l'embolie artérielle des membres par le massage immédiat et prolongé.

(Revue française de méd. et de chir. 1903. Nr. 55.)

M. empfiehlt auf Grund eines Falles von P. Berger und eines eigenen, bei der arteriellen Embolie der Extremitäten langdauernde Massage entlang der befallenen Arterie in zentrifugaler Richtung auszuführen. Hierdurch soll die Zer-

trümmerung und Fortbewegung des Embolus in der Stromrichtung der Arterie befördert, die Bildung sekundärer Thrombosen verhütet werden.

In beiden Fällen schwanden nach dieser Behandlung Schmerzen, Abkühlung und ischämische Anästhesie des Gliedes innerhalb weniger Stunden. Die Massage wurde in M.'s Fall 2 Stunden lang fortgesetzt. **Mohr** (Bielefeld).

24) **Preindlsberger.** Über Rückenmarksanästhesie mit Tropakokain.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 32 u. 33.)

An 45 Fällen hat Verf. einen im ganzen so günstigen Eindruck gewonnen, daß er das Verfahren namentlich in Gegenden mit spärlicher ärztlicher Hilfe warm empfiehlt. In der Dosierung hat er nur einmal die höchste Gabe von 0,06 überschritten und dabei leichten Kollaps und Kopfschmerzen hinterher beobachtet; unter den übrigen Fällen waren nur zweimal unangenehmere Erscheinungen, Temperatursteigerung auf 38,4 bezw. 40,2°, Kopfschmerzen, leichter Kollaps u. dgl. bemerkt. Die Operationen betrafen die untere Körperhälfte von der Leistengegend abwärts. Bei 18 Operationen in der Leistengegend, Bruchoperationen, war voller Erfolg bezüglich der Analgesie 8mal, in 44,4%, erzielt, teilweiser 4mal, in 6 Fällen kein Erfolg. Bei 10 Operationen am Damm, Mastdarm und Hodensack 8mal voller Erfolg, 1mal teilweiser, 1mal gar kein Erfolg. Bei 17 Operationen an den Beinen war 14mal voller, 3mal gar kein Erfolg. — In 2 Fällen gelang es nicht, die Nadel in den Duralsack einzuführen. **Herm. Frank** (Berlin).

25) **R. Botey.** Un caso de quiste hidatico de la amigdala derecha.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid 1903. Nr. 802.)

14jährige Fabrikarbeiterin verspürte seit ca. 3 Wochen Schmerzen in der rechten Halsseite, die sich in den letzten Tagen sehr steigerten, so daß das Schlucken außerordentlich erschwert war. Bei der Untersuchung fand sich die rechte Mandel mäßig vergrößert und an ihrer Oberfläche mit einigen weißen kleinen Stellen bedeckt, aber keine Rötung der Mandel oder ihrer Umgebung. Nach einigen Tagen der abwartenden Beobachtung zeigte sich an der vorderen Seite der Grenze zwischen Mandel und vorderem Gaumenbogen eine kleine weißliche Membran. Dieselbe wurde mit Pinzetten gefaßt und langsam ruckweise hervorgezogen und entpuppte sich als Stück einer Echinokokkencyste, die retrotonsillär saß und nun vollkommen extrahiert werden konnte. Im Innern der Cyste fanden sich alle für die Diagnose notwendigen Bestandteile. Die Höhlung war mit dickem käsigem, sehr übelriechendem Eiter erfüllt. **Stein** (Wiesbaden).

26) **Gianettasio.** Sull' arterite tubercolare.

(Policlinico 1903. Ser. chir. Nr. 10.)

4jähriges Kind starb an retropharyngealem Abszeß. Die Sektion zeigte neben chronischer Lungen- und Drüsentuberkulose den nach Ansicht des Autors von der Mandel ausgehenden tuberkulösen Abszeß. Die Carotis war vom Eiter umspült und zeigte ein tuberkulös verkäsendes Infiltrat der Adventitia und Media; die Intima, sonst intakt, ist nur an umschriebener Stelle perforiert. Diese Arterientuberkulose ist also durch direkten Kontakt von außen her entstanden.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

27) **T. L. Smith.** Ein Fall von Struma accessoria baseos linguae, behandelt durch Pharyngotomia transhyoidea.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXV. III. Folge. Bd. II. Abt. 1. Nr. 10.)

Es handelt sich um eine von Dr. Ewertsen in dem Hjörringer Amtskrankenhaus operierte 48jährige Arbeiterfrau, welche eine walnußgroße Geschwulst an der Zungenwurzel, dicht hinter den Papillae circumvallatae darbot. Die schleimhautbekleidete Oberfläche war stark vaskularisiert und an einzelnen Punkten erodiert. Die Konsistenz war fest, elastisch, fast hart. Der untersuchende Finger konnte



zwischen Geschwulst und Epiglottis hineingeschoben werden, ohne Schmerzempfindungen auszulösen.

Die Operation wurde vom Hals aus mit einem Medianschnitte gemacht mit Durchtrennung des Zungenbeines. Tieferdringen in der Zungenmuskulatur, bis man durch einen in die Mundhöhle eingeführten Finger konstatierte, daß man auf der Vorderfläche der Geschwulst sei, die nun zum Teil stumpf ausgelöst wurde. Bei der Durchschneidung der Schleimhaut ließ man die Pat. halb aus der Narkose erwachen, damit sie das event. herabfließende Blut aushusten könne. Die Vereinigung der Wunde in der Tiefe machte einige Schwierigkeiten, gelang jedoch anstandslos. Heilung ohne besondere Störungen.

Die mikroskopische Diagnose war: Schilddrüsengewebe mit leichter kolloider cystischer Degeneration.

In der Epikrise liefert Verf. eine monographische Darstellung unseres jetzigen Wissens und Könnens betreffs dieser seltenen Geschwulstform. Aus der Literatur hat er 20 Fälle zusammentragen können, und bespricht ausführlich die pathologische Anatomie, Differentialdiagnose und Behandlung des fraglichen Leidens. Die Arbeit ist eine entschiedene Bereicherung der einschlägigen Literatur, seitdem v. Chamisso de Boncourt im Jahre 1897 das Krankheitsbild gezeichnet hat.

Besonders interessiert die Differentialdiagnose gegen andere Leiden, die jedoch im Originale (deutsch) nachgelesen werden muß.

A. Hansson (Cimbrishamn).

28) **R. Bernstein.** Zur Diagnose und Prognose der Rückenmarksverletzungen. Ein Fall von Luxation mit Fraktur des Epistropheus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 174.)

Von den drei in der Arbeit gebrachten kasuistischen Mitteilungen betrifft die erste einen 21jährigen, kräftigen Mann, der beim Ringen der Länge nach auf eine Matratze geworfen wurde. Resultat: Mäßige Weichteilschwellung in der Höhe des 7. Halswirbels, der auf Beklopfen etwas schmerzhaft ist, Lähmung sämtlicher vom linken N. radialis versorgten Muskeln, Sensibilitätsherabsetzung auf der Streckseite des linken Vorderarmes. Rechterseits Lähmung der Fingerstrecker, Sensibilitätsstörung ebenso wie links. Die motorische Lähmung schwand schon nach 9 Stunden, auch die Sensibilitätsstörungen gingen rasch zurück. B. erklärt den Fall durch eine Rückenmarksblutung, die in der Höhe der drei letzten Cervicalsegmente und in der Substanz der grauen Kommissur dicht hinter der vorderen Rückenmarksfissur zu lokalisieren sei.

Fall II. Ein 30jähriger Brauereiarbeiter stürzt mit dem Rücken gegen eine Faßkante. Bei der erst nach 2 Tagen erfolgten Krankenhausaufnahme zeigt sich über dem 2. und 3. Lendenwirbel Weichteilschwellung mit Hautverfärbung und Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze. Auffallenderweise nur rechterseits Beugelähmung und Sensibilitätsstörungen, sowie Aufhebung der Reflexe am Beine. Langsame, doch fast völlige Besserung in ca. 12 Wochen. Hier ist die Differentialdiagnose: Verletzung des Markes oder der Cauda equina? von Interesse. B. setzt wieder eine Blutung voraus, die wahrscheinlich Mark und Nerven beteiligte.

Der dritte Fall zeigt gegenüber den ersten das auffallende des ungünstigen Spätausganges. Einem 18jährigen Kutscher war das Schwungrad einer Sägemaschine gegen die linke Halsseite gefallen. Es ergab sich eine Drehung des Kopfes um 40° nach links mit etwas Vorwärtsbeugung, die von den vorbehandelnden Ärzten nicht reponiert wurde und auch beim Krankenhauszugang 4 Wochen nach dem Unfall unangetastet blieb. Im übrigen ließen die Tastung und Röntgenuntersuchung auf Verrenkung des Epistropheus gegen den Atlas schließen. Der Kranke blieb bis zum 71. Tage nach der Verletzung ganz frei von Markstörungen, welche dann aber, mit dem rechten Arm anfangend, binnen 14 Tagen das rechte Bein, den linken Arm, das linke Bein, Blase und Mastdarm befielen und nach Eintritt von Phrenicuslähmung und Dekubitus am 101. Tage zum Tode führte.

Die Sektion klärte auf: Eine Knochenwucherung an der Innenfläche des Epistropheusdornfortsatzes hatte zu Kompression des Markes geführt. Im Atlas-Epistropheusgelenk lag eine Drehungsluxation vor, die rechte Gelenkfläche des Epistropheus hatte sich nach vorn verschoben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) J. Wieting. Ein Fall von ischämischer Rückenmarksaffektion bei tuberkulöser Spondylitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 112.)

Sorgfältige Beobachtung aus dem Hospital Gülhane in Konstantinopel. Es handelt sich um einen 11jährigen Knaben, dessen Wirbelsäule infolge von Spondylitis in der Gegend des 10. Brustwirbeldorns rechtwinklig geknickt war. Es bestand Ödem der Unterschenkel, der Genitalien, sowie Ascites, starke Parese der unteren Extremitäten und eine zum erstenmal schon vor dem Spitalseintritt inzidierte, von den Wirbeln ausgehende Abszeßbildung. Da die Sehnenreflexe, die Blasen- und Mastdarmfunktion, sowie die Sensibilität erhalten waren, schien eine Rückenmarkskompression unwahrscheinlich, vielmehr eine Kompression der Aorta und Vena cava annehmbar, und wurde behufs Aufsuchung eines eventuellen großen, prävertebralen Abszesses gründlich vorgegangen. Eine Inzision in der rechten Nierengegend ergibt 1 Liter Eiter, eine zweite am Rücken, verbunden mit Resektion des 9. und 7. Rippe und genügend vertieft, führt in der Tat in einen wieder 1 Liter Eiter gebenden Prävertebralabszeß, in welchem die Wirbelsäulenvorderfläche kariös zu fühlen ist. Die Operation wurde nur eine Stunde überlebt, und ergab die Sektion folgendes. Die Aorta ist von der Wirbelsäulenknickungsstelle durch den Abszeß etwa 2 cm weit von den Wirbeln abgehoben. Die Knickung der Aorta ist fast rechtwinklig. An ihrer Knickung ist sie durch eine Faltenbildung ihrer Wand hochgradig verengt. Dazu kommt, daß hier in ihre Lichtung auch noch ein kleinfingergliedgroßer Thrombus aus der rechten 10. Interkostalarterie ragt, so daß die Aortenlichtung im ganzen auf kaum Federkielstärke verengert ist. Die untersten Interkostalarterien rechts verlaufen vorn über dem Abszeß in weitem Bogen herum. Sehr genau ist die Wirbelsäule nebst Rückenmark untersucht, und zwar erst, nachdem sie in Formalin gehärtet wurden. Die Wirbelsäule wurde dabei mit der Drahtsäge in zwei Hälften zerlegt (ein Verfahren, das W. mit Recht zur Nachahmung empfiehlt), wobei für die Medulla völlige Schonung gesichert war. Es zeigte sich, daß jegliche Kompression des mikroskopisch wenig Bemerkenswertes bietenden Markes auszuschließen war, so daß zur Erklärung der motorischen Beinstörungen, welche gleichzeitig mit den hydropischen Erscheinungen eingesetzt hatten, nur Zirkulationsanomalien heranziehbar sind. W. hält dafür, daß der arterielle Zufluß, welchen die aus den Artt. vertebrales entspringenden Artt. spinales ant. und post. durch die Foramina intervertebralia von den Interkostalarterien erhalten, bei seinem Falle im Bereiche der Aortenknickung derartig reduziert war, daß es zur Herbeiführung der Beinparese genügte, und die ganze Untersuchung des Falles ist so erschöpfend, daß diese Annahme für erwiesen anzusehen ist. Demnach ist der Fall ein klinischer Beleg für die experimentellen Resultate von Ehrlich und Brieger u. a., welche durch Kompression der Bauchaorta Blutmangel und Degenerationen im Lendenmark erzeugten. — Das Aortenpräparat ist im Original abgebildet.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

30) P. Athanassow. Über kongenitale Skoliose.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 3.)

A. publiziert vier Fälle von angeborener Skoliose, von denen der erste sehr genau beschrieben ist (zwei skiagraphische Aufnahmen im Text). Es handelt sich in diesem Fall um eine rechtskonvexe dorsale und eine linkskonvexe lumbale, durch abnorme Gestalt des dritten und vierten Lendenwirbels bedingte Skoliose, die durch Spina bifida lumbalis kompliziert ist.



Im Anschluß an diese Fälle teilt Verf. die kongenitalen Skoliosen in drei Gruppen ein:

1) Kongenitale Skoliosen (ohne anderweitige Deformitäten).

2) Kongenitale Skoliosen mit Spina bifida (mit oder ohne anderweitige Deformitäten).

3) Kongenitale Skoliosen mit anderweitigen Deformitäten (ohne Spina bifida).

Ätiologisch beruht nach Ansicht des Verf. diese Erkrankung größtenteils auf dem Fehlen oder der mangelhaften Ausbildung einer Wirbelkörperhälfte und der Intervertebralscheiben, wahrscheinlich hervorgerufen durch abnorme intra-uterine Belastung, Paralyse, Entzündung usw. Es sind jedenfalls ähnliche Knochenkrankheiten, die wir auch bei Erwachsenen finden, nur daß sie in frühester Fötalperiode zur Zeit der paarigen Wirbelkörperanlagen auftreten, um schon vor der Geburt des Kindes zur vollständigen Abheilung zu gelangen.

Ein Literaturverzeichnis der bisher beobachteten Fälle schließt sich den veröffentlichten an. **Hartmann** (Kassel).

31) **R. Caminiti.** Sulla tubercolosi primitiva della mammella.

(Riforma med. 1903. Nr. 32 u. 33.)

Mitteilung eines einschlägigen Falles, bei welchem sich die Tuberkulose interglandulär entwickelt und die Acini der Brustdrüse teilweise zum Schwunde gebracht hatte. Bemerkenswert ist der Fall einmal dadurch, daß die Diagnose durch den mikroskopischen Nachweis des Koch'schen Bazillus, sowie durch das Tierexperiment erhärtet wurde; sodann ist das langsame, klinisch beobachtete Herabsteigen der Affektion entlang den Achseldrüsen zum äußeren und oberen Quadranten der Mamma interessant und legt einen durch retrograden Transport auf dem Wege der Lymphbahnen herbeigeführten Infektionsmodus nahe. Ein langes und ausführliches Literaturverzeichnis beschließt die Arbeit. **A. Most** (Breslau).

32) **P. L. Fiorani** (Venedig). Sopra un neoplasma raro della mammella.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 9.)

35jährige Frau, Nullipara, mit Amenorrhöe, leidet durch einige Monate an Schmerzen in der rechten Warze und dünneitrigem Ausfluß, während welcher Zeit die Brustdrüse schrumpfte und ein kleiner Knoten fühlbar wurde. Die amputierte Brust enthielt einen Knoten gleich einer großen Kastanie, die Achseldrüsen waren mäßig groß und hart. Die Geschwulst erwies sich als melanotisches Lymphangiosarkom, in einer fibrösen Kapsel eingebettet. Die Schnitte erschienen siebartig durch leere Alveolen verschiedener Form und Größe, welche aber ausschließlich der Geschwulst selbst angehörten. Die Kapsel war gleichmäßig von fibrösen Fasern mit kleinsten pigmentierten Zellen, wie »Staphylokokkenhäufchen« gebildet. In der Geschwulst selbst sind die Pigmentkörner sehr groß und besonders in den peripheren Schichten sehr dicht aneinandergedrängt, im Zentrum spärlicher. — F. meint, daß es sich, trotz des sicher lymphangiomatösen Charakters, um eine Geschwulst, ähnlich dem von Billroth beschriebenen Melanosarcoma alveolare handelt. **J. Sternberg** (Wien).

33) **A. Martin.** Appendicite par présence d'anneaux de taenia saginata dans l'appendice.

(Revue méd. de Normandie 1903. p. 382.)

Operation im freien Intervall bei einer mehrfach rezidivierten typischen Appendicitis. Bei der Abtragung des Fortsatzes, der etwas verdickt erscheint und Kotsteine enthält, entleeren sich aus ihm zwei Bandwurmglieder, welche sich lebhaft bewegen. Später wurde eine Taenia saginata abgetrieben.

Mohr (Bielefeld).



34) **G. Lettau.** **Ein Fall von Wurmfortsatz-Nabelfistel unter dem Bilde des offenen Ductus omphalo-entericus.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 84.)

Beobachtung aus der Privatklinik von Prof. Jordan (Heidelberg). 11monatiger Knabe mit haselnußgroßem Darmvorfall in der Nabelgegend, welcher sofort nach Abfallen der Nabelschnur, 12 Tage nach der Geburt, vorhanden gewesen war und in der ersten Zeit Darminhalt, jetzt aber nur Schleim entleerte. Das Aussehen der rötliche Schleimhaut tragenden Geschwulst entsprach völlig dem bekannten Bilde eines vorliegenden persistierenden Dotterganges. Bei der Operation wird der Vorfall mittels elliptischer Nabelexzision freigemacht, und zeigt sich, daß er sich bauchwärts in einen mehrere Zentimeter langen, federkieldicken Strang fortsetzt, welcher auf einer Darmschlinge wurzelt. Freie Sondierbarkeit von der Darmvorfallsöffnung durch den hohlen Strang bis in die Darmschlingenlichtung. Ligatur eines kleinen Mesenteriolum am Strange, dann Abtragung des Stranges selbst wie bei Appendektomie. Als nun zwecks der Schwierigkeit machenden Darmreposition die Bauchwunde noch etwas erweitert wurde, zeigte sich, daß der Standort des Darmstranges sicher das untere Ende des Blinddarmes war, welches, jedenfalls mit einem besonders großen Mesocoecum ausgestattet, dicht in der Nähe des Nabels gelegen hatte, und daß der Darmstrang sicher den Wurmfortsatz, nicht ein Meckel'sches Divertikel vorstellte. L. hält dafür, daß hier eine angeborene Wurmfortsatz-Nabelschnurhernie vorgelegen hat. Die histologische Untersuchung des Darmstranges zeigte einen der Struktur des Wurmfortsatzes entsprechenden Bau.

Der kasuistischen Mitteilung folgt epikritische Durchsprechung und ein 97 Nummern zählendes Literaturverzeichnis, betreffend kongenitale oder kongenital angelegte Nabel-Darmfisteln. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

35) **Ponghet.** **L'incorporation des hernieux. Conséquences militaires et chirurgicales.**

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1903. Dezember.)

Seit einer Verordnung vom 31. Januar 1902 werden in der französischen Armee die mit einem durch ein Bruchband zurückhaltbaren Bruche Behafteten zum aktiven Militärdienst herangezogen. Verf. meint, diese Verordnung sei vorbereitet worden durch die Fortschritte in der operativen Beseitigung der Hernien. In der französischen Armee sind während der letzten 4 Jahre 680 Hernien pro Jahr radikal operiert mit etwa 5% Mißerfolgen.

Verf. erläutert die Bedingungen, unter welchen die Radikaloperationen auszuführen sind. Er verlangt nicht allein die Zustimmung des Soldaten zur Operation, sondern es soll der Mann selbst direkt um dieselbe bitten. Dann fallen auch alle Ansprüche fort, welche der operierte Mann event. bei unvorherzusehenden Mißerfolgen an den Fiskus stellen kann. Für jedes Armeekorps soll ein großes Lazarett zur Verfügung stehen, in welchem durch geeignete, chirurgisch geschulte Militärärzte die Operation ausgeführt wird, und in welches aus kleineren Garnisonen die zu Operierenden überzuführen sind. In vereinzelten Fällen soll der militärische Chirurg mit Instrumenten ausgerüstet aus der Zentrale in die kleineren Garnisonen fahren, um dort die Operation auszuführen. In der Zentrale muß stets ein chirurgisch gut geschultes Personal zur Verfügung stehen. Der hieraus resultierende Nutzen besteht einmal darin, daß dem Staate Kombattanten erhalten bleiben, und daß andererseits ein für den Krieg chirurgisch geschultes Personal ausgebildet wird.

Im Lazarett zu Tours, in welchem Verf. beschäftigt ist, wurden nach diesen Prinzipien im verflossenen Jahre 47 Hernien radikal operiert, in dem Jahre vorher 32. Die 47 Hernien waren Leistenbrüche, darunter 12 angeborene. Die Mannschaften wurden zu der Operation bestimmt durch die Schmerzen, welche sie trotz ihres Bruchbandes bei den militärischen Übungen hatten. Namentlich meldeten sich wegen Schmerzen frühzeitig die Kavalleristen; sämtliche mit Bruch Behafteten

und bei der Brigade befindlichen Kavalleristen ließen sich operieren, unter den Infanteristen der Brigade befinden sich noch 25 Unoperierte, die während des Dienstes ihr Bruchband tragen.

Als Komplikationen wurden bei den 47 Leistenbrüchen fünf Epiplokelen beobachtet, deren Resektion wegen starker Verwachsungen mit dem Bruchsacke recht schwierig waren, ferner drei Cysten des Samenstranges, mehrmals Lipome am Bruchsacke, zweimal Ektopie des Hodens. Bezüglich der letzteren wurden nur die Verwachsungen um den Hoden und die die Hodensackhöhle verödenden Stränge getrennt, ohne den Hoden am Grunde des Hodensackes festzunähen. (! Ref.)

Was die Operationstechnik anbetrifft, so wurde die vordere Wand des Leistenkanales stets ganz gespalten und nachher die Naht nach Broca in U-Form mit in Antisepticis ausgekochter Seide angewandt. Bei Anwendung von Catgut zu versenkten Nähten waren einigemal Eiterungen vorgekommen, seit Anwendung der Seide nicht mehr. In vier Fällen wurden vor der Seidennaht drei schräg verlaufende, den inneren und äußeren Leistenring aneindernähende Suturen mit feinem Silberdraht mit gutem Erfolge verwandt.

Die Resultate der 47 Bruchoperationen waren folgende: 7mal kamen Eiterungen infolge infizierter Fäden vor, darunter einmal eine Phlegmone der Wand. Rezidive waren unter den Fällen (79) der beiden letzten Jahre 2, darunter eins mit Bildung einer ziemlich großen Hernie. 3 Kranke litten zeitweise an chronischer Entzündung des Samenstranges, 3 klagten über bei den Übungen in der Narbe auftretende Schmerzen. Jedoch haben sich diese letzteren angeblich schon gebessert. Leider geht aus der sehr lesenswerten Arbeit nicht mit Deutlichkeit hervor, ob infolge der Radikaloperation Mannschaften als dienstunbrauchbar entlassen werden mußten (Ref.). **Herhold** (Altona).

36) **Batut.** Une série de cent cures radicales de hernie.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1903. Dezember.)

Verf. berichtet über 100 in der Zeit vom 7. Februar 1898 bis 7. Juli 1902 an französischen Soldaten ausgeführte Radikaloperationen von Hernien. 60mal wurde nach Lucas-Championnière, 25mal nach Bassini, 15mal nach Vallas operiert. Diese letztere Methode wird von B. jetzt allen anderen vorgezogen, da sie Eiterungen versenkter Nähte gänzlich ausschließt. Sie besteht darin, daß nach der Resektion des Bruchsackes die gespaltene vordere Wand des Leistenkanales durch zwei feine, tiefgreifende Eisendrahtnähte zusammengebracht und außer diesen Eisendrahtnähten noch einige nur die Haut vereinigende Seidenknopfnähte gelegt werden. Die Metallnähte werden vor dieser Seidennaht auf der Haut über einen Jodoformgazebausch zusammengedreht. Am 7. Tage nach der Operation entfernt man sämtliche Nähte. Für die Anästhesie wurden sowohl Äther wie Chloroform, in der letzten Zeit mit gutem Erfolge Injektionen einer 5%igen Kokainlösung in die zu durchtrennenden Gewebe benutzt.

Im ganzen wurde nur eine Fadeneiterung, als noch versenkte Catgutnähte benutzt wurden, beobachtet. Rezidive und Todesfälle traten niemals ein. Die Leute wurden bezüglich des Eintrittes etwaiger Rezidive 1—2 Jahre beobachtet.

Während der 4 Jahre des Berichtzeitraumes kam nur ein eingeklemmter Bruch zur Operation; die operierten Brüche waren fast sämtlich Leistenbrüche, nur ein Schenkel- und ein Nabelbruch kam vor. Als Komplikationen wurden im Leistenkanal Blasendivertikel, Cysten des Samenstranges, Epiploa angetroffen. Die letzteren wurden nur reseziert, wenn sie sich im Zustande der Entzündung befanden. **Herhold** (Altona).

37) **A. Ramoni** (Rom). Contributo clinico-statistico alla cura radicale delle ernie.

(Malpighi 1903. Nr. 4—6.)

R. erstattet Bericht über die an 171 Individuen ausgeführten Bruchoperationen aus den Jahren 1896—1902.

Leistenbrüche. 152 Personen; 135 einseitige, 17 doppelseitige Hernien; 78 rechtsseitige. 57 linksseitige. Von den einseitigen Brüchen waren 124 obliquae externae und 11 directae, von den beiderseitigen 11 obliquae und 2 directae, ferner 4 auf der einen Seite obliquae, auf der anderen directae.

Dem Geschlechte nach 135 Männer, 17 Frauen. Bei diesen letzteren keine directa, nur freie, erworbene obliquae, und zwar 13 rechtsseitige.

Die Hälfte aller Fälle wurde zwischen 7 und 30 Jahren operiert, $^2/_3$ der übrigen zwischen 30 und 50, die letzten älter als 50 Jahre.

In den meisten Fällen konnte ein ätiologisches Moment in einem Trauma durch einmalige überstarke oder oft wiederholte umfassende Muskelaktionen gefunden werden. Bei 21 jüngeren Individuen (8—25 Jahre) wurde das Angeborensein festgestellt; hiervon litten 5 auch an Ektopie des Hodens.

134 Fälle betrafen freie Hernien, 17 teilweise entleerbare.

Die Operation wurde ausnahmslos nach Bassini ausgeführt, mit kleinen, durch den einzelnen Fall gebotenen Modifikationen.

R. hebt aber hervor, daß er grundsätzlich kleine Hautschnitte macht, den Sack exzidiert, das Infundibulum peritoneale nach Wood entfernt u. ä.

18 Fälle waren irreducibel; davon 5 durch Kotstauung, 13 inkarzeriert. Diese letzteren verteilten sich auf 9 rechts- und 4 linksseitige; 3 waren angeborene Brüche. 7 enthielten Dünndarmschlingen und Netz, 2 Blinddarm samt Anhang — alles noch lebensfähig; 4 gangränöse Schlingen. Von all diesen Fällen endeten nur 2 aus der letzten Kategorie tödlich.

2mal kam ein Rezidiv nach fremder Operation zur Behandlung.

Zumeist wurde in Morphium-Chloroformnarkose operiert, gelegentlich mit Lokalanästhesie nach Schleich. Die unmittelbaren Erfolge waren: 128 Heilungen p. pr. int., 33 Eiterungen im subkutanen Zellgewebe, 3 Vereiterungen bis auf die Aponeurose des Obliquus. Nahtmaterial war stets Seide. Die Hautnähte wurden um den 7. Tag entfernt, die Pat. standen nach dem 15. Tage auf.

Schenkelbrüche. 11 Individuen; 8 Frauen, 3 Männer; 7 rechtsseitige, 3 linksseitige, 1 beiderseitige Hernie. 2mal war die Hernie frei, 1mal mit einem großen präperitonealen Lipom fest verwachsen; in 2 Fällen war Netz am Bruchsacke festgewachsen. 7mal bestand Einklemmung, und zwar 2mal durch Kotstauung, 5mal durch Strangulation.

Von diesen Fällen wurden 5 mit einfacher Herniotomie, 3 radikal nach Ruggi, 2 nach Ruggi-Parlavecchio behandelt, 2 erforderten die Anlegung eines Kunstafters; diese beiden endeten tödlich.

Von den Schenkelbrüchen heilten 7 p. pr. int., bei 2 trat Eiterung ein.

Nabelbrüche. 3 Fälle bei Frauen, 1 freier, 2 eingeklemmte Brüche; bei letzteren 1 Todesfall. Operation nach Durante: Etagennaht mit Vereinigung der Recti.

Bauchwandbrüche nach Laparotomien. 5 Fälle; 1 Mann, 4 Frauen; alle geheilt.

Dauererfolge konnten nur bei etwa 40 kontrolliert und konstatiert werden, bei 3, besonders ungünstigen, Rezidive. **J. Sternberg** (Wien).

38) **G. A. Waljaschko.** Leistenbrüche der Harnblase.

(Die Chirurgie 1903. September. [Russisch.])

Zwei Fälle von primärem Blasenbruche: Fall I extraperitoneal, Blasendivertikel, rechts; Pat. ist 30 Jahre alt. Kein Darm im Bruchsacke. Blasenbruch vermutet, Blase inzidiert. Naht, Heilung. — Fall II, 76 Jahre alt, Bruch rechts, paraperitoneal, bei der Operation erkannt, reponiert, Heilung.

Gückel (Kondal, Saratow).

39) **S. O. Ssamochozki.** Blasenbrüche.

(Die Chirurgie 1903. September. [Russisch.])

In der russischen Literatur fand S. 15 Fälle. Er selbst sah die Blasenhernie 7mal. In allen Fällen waren es Leistenbrüche. 2mal war der Bruch eingeklemmt,

1mal irreponibel, in den übrigen Fällen ließ er sich leicht einrichten. 2mal war die Hernie beidseitig, sonst links. 1mal war sie intraperitoneal, 2mal intra-extraperitoneal, 4mal extraperitoneal. Fall I gehört zu der sehr seltenen Cystocele par glissement (Monod-Delagénière). 2mal enthielt der Bruch Blasendivertikel. 1mal wurde die Diagnose vor der Operation gestellt, 6mal während der Operation; dabei wurde 2mal die Blase angeschnitten. Die Blasenwunde wurde in 1 Falle genäht und in einem Schnitte die Bauchwand wie bei Sectio alta fixiert; in Fall II wurde die Blase ebenso fixiert, aber nicht genäht. Die Divertikel wurden in 1 Falle reseziert und die Blasenwunden genäht. In den übrigen Fällen wurde die Blase einfach reponiert. Alle Brüche wurden bei Männern beobachtet. Das Alter schwankte zwischen 43 und 64 Jahren, nur 1 Pat. war 23 Jahre alt. 1 Pat. starb an schon vor der Operation vorhandener Pneumonia catarrhalis, die übrigen genasen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

40) **A. P. Prokunin.** Über die Operation der Schenkelbrüche nach des Verfassers Methode.

(Arbeiten aus Prof. Djakonow's Klinik Bd. III.)
(Beilage zu: Chirurgie 1903. [Russisch.])

Die Methode besteht, wie auch in diesem Zentralblatte seinerzeit referiert wurde, aus Verschluß der Bruchpforte mittels eines Lappens des M. pectineus (s. Fig. im Original). Nach dieser Methode wurde in der Klinik 9mal operiert; 2 Pat. starben (inkarzerierte Hernien), 1 Rezidiv; 3mal $1^1/_2$ Jahre und mehr kein Rezidiv. Andere russische Chirurgen operierten 7mal; 3 Rezidive, 4mal keine weiteren Nachrichten. Zum Erfolge muß der Lappen gut ernährt sein. Die Gefäße ziehen von der A. obturatoria und A. femoris profunda zum obersten Teile des Muskels — 1 cm weit vom Ansatze desselben. Der Lappen muß die ganze Dicke des Muskels enthalten, 4—5 cm lang sein und vorsichtig von seiner Unterlage abgelöst werden, damit die Gefäße nicht verletzt werden. Das Original enthält einige technische Details, die Verf. nach seiner ersten Publikation modifiziert hat. **Gückel** (Kondal, Saratow).

41) **Hayem.** Variété particulière d'ulcère de l'estomac.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 125.)

In drei Fällen fand H. Substanzverluste an der Serosafläche des Magens, die er als Ulcère externe oder Mal perforant externe bezeichnet.

H. konnte die Entwicklung dieser Geschwüre verfolgen und unterscheidet drei Phasen: 1) Es findet sich auf der Serosa eine Art Knötchen, 2) die Ulzeration nimmt die Form einer Vertiefung (sac) an, in deren Grund die verdünnte Magenwand durchscheinend wird, 3) das Geschwür ist vollendet mit perigastritischen Erscheinungen.

Diesem Befunde wird eine Bedeutung auch für die Auffassung des Ulcus rotundum beigemessen, insofern für seine Entstehung die verdauende Wirkung des Magensaftes in Anspruch genommen wird, hier aber bei dem Ulcus externum die Mukosa unversehrt bleibt.

Bei Autopsien fand H. beide Arten von Magengeschwür nebeneinander.

V. E. Mertens (Breslau).

42) **A. Ferrari** (Parma). Contributo allo studio della patologia del ventricolo e della gastroenterostomia.

(Clinica chir. 1902. Nr. 10.)

F. bringt in seiner ausführlichen Arbeit einen Beitrag zur Kenntnis der anatomischen und funktionellen Resultate der Gastroenterostomien wegen gut- und bösartiger Stenosen des Pylorus und deren Folgezuständen. Besonders über die Erfolge bei Narbenstenosen liegen noch verhältnismäßig wenig Mitteilungen vor, so daß noch jede Beobachtung von Wert ist. F. hat Gelegenheit gehabt, unter 19 Gastroenterostomien 6 an Kranken mit gutartigen Pylorusstenosen auszuführen.

Beachtung verdienen folgende Beobachtungen: 39jähriger Mann mit Narbenstenose des Pylorus; der Magen reicht 11 cm unter den Nabel, der Pylorus derb, fest verwachsen. Gastroenterostomie, nach welcher innerhalb 14 Monaten die Magengrenzen vollständig zur Norm zurückgehen und die Funktion vollständig normal geworden ist. 3 Jahre nach der Operation Tod an tuberkulöser Pneumonie; der Magen normal groß, der Pylorus frei beweglich, für den Zeigefinger durchgängig, die Anastomose auf 2 mm Lichtung geschrumpft. — 38jährige Frau mit Stenose des Pylorus; dieser derb, empfindlich; der Magen bis handbreit unter dem Nabel. Gastroenterostomie, wobei Knötchen an der Kurvatur, im Netz und geschwollene, weiche Drüsen beobachtet werden. Rasche Heilung und Erholung. Einige Wochen später Sprengung der Narbe, aus welcher reichlich helles Serum ausfließt; Naht. Der geschwollene Pylorus verkleinert sich sichtlich, die Funktion des Magens wird ganz normal. Einige Monate später an tuberkulöser Serositis gestorben; der Magen reicht bis zur Nabelhöhe, Pylorus 1,5 cm weit, die Anastomose 4 mm. — Der folgende Fall ist nicht ganz klar: 49jährige, sehr herabgekommene Frau; große, sehr empfindliche Geschwulst in der Pylorusgegend, Magengrenze 7 cm unter dem Nabel, starke Kontraktionen sichtbar. Operation, welche eine sehr große Geschwulst, frei beweglich, an Stelle des Pylorus mit Übergreifen auf Magen und Duodenum zeigt, muß wegen Kollaps auf die Exploration beschränkt werden. Rasche Erholung, Gewichtszunahme bei 3wöchiger rektaler Ernährung. Rückgang der Pylorusschwellung, der Empfindlichkeit und des bald nach dem Eingriffe konstatierten freien Ergusses in der Bauchhöhle. Nach 2 Monaten ißt Pat. gemischte Kost, nach weiteren 2 Monaten ist die Pylorusgeschwulst kaum mehr tastbar, die Magenkontouren aber unverändert. Nach 3 Jahren vollständig gesund. F. ist geneigt, der Laparotomie selbst einen kurativen Einfluß auf die Entwicklung des peripylorischen Prozesses zuzugestehen. — Auch in den übrigen Fällen ist fast vollständige Heilung eingetreten.

F. hat in 16 von den obengenannten Fällen den Murphy'schen Knopf angelegt (bezw. bei einigen Anastomosen nach Roux zwei Knöpfe) und nur einen Mißerfolg erlebt, den er der schlechten Technik, nicht der Methode zur Last legt.

J. Sternberg (Wien).

43) **Sailer and Frazier.** Case of strangulated Meckel's diverticulum complicating typhoid fever.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1903. November.)

26jähriger Pat., welcher vor einem Jahre eine Gallensteinkolik durchmachte, zeigt deutliche Symptome eines Unterleibstyphus. In der 3. Woche desselben plötzliche heftige Schmerzen im Leibe, rechts vom Nabel resistente Prominenz. Tags darauf Dämpfung in den Flanken, Erscheinungen einer beginnenden Peritonitis (Perforation?); die Hervorragung in der Nabelgegend sehr schmerzhaft. Bei der Operation reichliche Entleerung klarer, seröser Flüssigkeit aus der Bauchhöhle. Man stieß sogleich auf ein stranguliertes Meckel'sches Divertikel. Der abgeschnürte, ausgedehnte Teil war an seiner Basis mit dem Peritoneum parietale in der Nähe des Nabels verwachsen; zwischen dieser Verwachsung und dem Ursprunge des Divertikels am Dünndarme zeigte es vier Torsionsstellen. Abtragung des Divertikels, Tod 18 Stunden später unter zunehmenden peritonitischen Erscheinungen. Obduktionsbefund: Abdominaltyphus, akute fibrinös-eitrige Peritonitis, keine Perforation.

Verff. erklären den Hergang folgendermaßen: In einer früheren Zeit trat eine umschriebene Peritonitis zwischen dem distalen Ende des Divertikels und der Bauchwand auf. Eine vollkommene Abschnürung kam zunächst nicht zustande. Diese trat erst ein, als während des Typhus die entzündliche Schwellung auch auf das Divertikel überging und die Torsionen durch die Schwellung fester wurden. Infolge der Abschnürung Peritonitis, welche sich rasch in der typhös erkrankten Bauchhöhle ausbreitete. Einen ähnlichen Fall in der Literatur konnten Verff. nicht auffinden.

Mohr (Bielefeld).

44) C. Norris. Primary carcinoma of the vermiform appendix and the report of a case.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1903. November.)

In 60% der Fälle von primärem Krebs ist anamnestisch Appendicitis angegeben, 65% erkranken vor dem 40. Lebensjahre, 75% sind Frauen. Die Symptome sind nicht charakteristisch, häufig wird die Erkrankung zufällig entdeckt bei Bauchoperationen aus anderen Gründen; die Geschwulst als solche ist kaum jemals durchzufühlen. Außer den mannigfaltigen Erscheinungen einer chronischen Appendicitis erscheint der Fortsatz manchmal makroskopisch normal, in anderen Fällen ist eine erbsen- bis walnußgroße Geschwulst vorhanden, welche meist nahe der Spitze sitzt.

Auch in N.'s Falle wurde die Erkrankung zufällig bei der 27jährigen Pat. entdeckt, welche seit längerer Zeit an einer rechtsseitigen entzündlichen Affektion im Becken litt. Laparotomie zur Entfernung einer rechtsseitigen Pyosalpinx. Der leicht gerötete und an der Spitze verwachsene Wurmfortsatz wurde mitentfernt. Schleimhaut gerötet und geschwollen; an der Spitze eine feste, gelbweiße Masse, welche die Lichtung verschließt. Mikroskopisch: Karzinom mit Übergang auf die Muskularis, Serosa und das Mesenterium des Fortsatzes.

Mohr (Bielefeld).

45) M'Gregor. Intussusception, with special reference to relapse.

(Glasgow med. journ. Bd. LX. 1903. p. 263.)

Verf. teilt fünf Fälle von Intussuszeption mit, einen bei einem 30jährigen Manne, die übrigen bei Kindern von 18, 9, 3 und 12 Monaten. In dreien von diesen Fällen rezidivierte das Leiden, und zwei starben an dem Rezidiv. In dem dritten Falle beugte Verf. einem weiteren Rezidiv dadurch vor, daß er parallel zur Längsachse des Darmes eine Falte im Mesenterium bildete und diese durch Lembertnähte fixierte. An der Stelle, welche der Spitze der Intussuszeption entsprach, wurde die Falte am breitesten gemacht, während sie sich nach beiden Seiten hin verschmälerte. Verf. glaubt diese Methode für ähnliche Fälle empfehlen zu können. Aus einem Material von 64 anderweit beobachteten Fällen berechnet er die Zahl der Rückfälle auf 17%. Es ist dabei zwischen operierten und mit Einläufen behandelten Fällen kein Unterschied gemacht.

M. v. Brunn (Tübingen).

46) F. Fromme. Über Achsendrehung des Dickdarmes unter der Geburt. (Aus der Univ.-Frauenklinik in Halle a. S.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 42.)

Bei einer 24jährigen Erstgebärenden traten bald nach Einsetzen der Wehen allmählich zunehmende Erscheinungen von großer Unruhe, Pulsbeschleunigung, Erbrechen und starke Leibschmerzen auf, die unabhängig von den Wehen waren. Der schwere Zustand veranlaßte die künstliche Entbindung mittels der Hysterotomia vaginalis anterior und Zange, da eine innere Blutung angenommen wurde; die Frau starb $1/2$ Stunde später. Die Sektion ergab eine Achsendrehung des Colon asc. und transv. nach links herum um 180°; das Mesocolon coli asc. war 16—18 cm lang und sehr beweglich. —

Zwei ähnliche Fälle finden sich in der Literatur. — F. nimmt an, daß die Frau eine Prädisposition zum Volvulus durch das außerordentlich lange Mesokolon des Colon ascendens besaß. Eine Möglichkeit des Zustandekommens des Volvulus wurde geschaffen durch die Verlagerung des Colon ascendens nach oben durch den schwangeren Uterus. Das Eintreten des Volvulus wurde bewirkt durch die ersten Wehen, unter denen sich der Uterus aufrichtete und das Colon transv. nach hinten und unten sank, so daß es über das nach oben verdrängte Colon asc. hinwegfiel.

Kramer (Glogau).

47) Harris. Talma's operation in cirrhosis of the liver.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Oktober 31.)

Verf. verfügt über Erfahrung bei sechs eigenen Operationen. Sie lassen sich in folgendem zusammenfassen: Fünf der Operierten starben innerhalb eines Monates nach der Operation, einer lebte noch 5 Monate, aber ohne daß Besserung eingetreten wäre. Bei den Verstorbenen lag zweifellose Säuferleber vor, der Überlebende litt sehr wahrscheinlich an syphilitischer Cirrhose. Bei allen Fällen war die Cirrhose schon sehr weit fortgeschritten. In zwei Fällen wurde neben der Adhäsionsbildung durch Cholecystostomie das Gallensystem zu drainieren versucht, um die schweren cholämischen Zustände zu bessern; bei einem dieser Kranken trat deutliche Besserung ein, der andere starb sehr bald. Bei einem Operierten fand sich eine sehr starke Verwachsung zwischen Netz, Därmen, Leber und Bauchwand mit zahlreichen erweiterten Venen. Die Operation wurde als zwecklos aufgegeben, der Fall lehrt aber, was die Operation, wenn früh genug ausgeführt, zu leisten imstande ist; denn derselbe Pat. war 3 Jahre vorher kurz hintereinander wegen des Ascites mehrfach punktiert und in der Zwischenzeit völlig wohl gewesen. Zweifellos hatten die Punktionen die Verwachsung und die Kollateralkreislaufbildung, wie schon früher häufiger beobachtet, eingeleitet. Aber trotz Bildung guten Kollateralkreislaufes kommt eine Zeit, nach welcher er nicht mehr zur Aufrechterhaltung der Zirkulation ausreicht und doch wieder Ascites auftritt. Gewisse entzündliche Zustände sind nach H.'s Ansicht stets dabei mit im Spiele. Die Talma'sche Operation soll so frühzeitig wie möglich ausgeführt werden; nur dann kann man länger dauernden, guten, immerhin auch nur vorübergehenden Erfolg erwarten. Cholecystostomie gleichzeitig zu machen empfiehlt sich bei Cholämie.

Trapp (Bückeburg).

48) F. Pels-Leusden. Beiträge zur Pathologie und Therapie der akuten Pankreaserkrankungen nebst Mitteilung zweier durch Laparotomie geheilter Fälle.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 183.)

In den beiden Fällen, die Verf. berichtet und in denen bei schwerstem Symptomenkomplex, epigastrischer Schmerzhaftigkeit, unstillbarem Erbrechen, Kollaps eingegriffen ist, hat eine einfache Laparotomie, benutzt zur Einsicht in die Bauchhöhle, aber ohne weitere darangeschlossene operative Maßnahmen und nur von einer Gazedrainage der Bauchhöhle gefolgt, die auffällige Wirkung gehabt, die Krankheit sofort zum bessern zu wenden und die Kranken zu retten. Fall I ist bereits in den Charité-Annalen publiziert und in d. Zentralbl. 1902 p. 423 referiert. Fall II betrifft eine 53jährige Restaurateurswitwe, mäßige Alkoholistin. Die Operation fand 10 Tage nach Beginn der Erkrankung statt, welche, auf dem Klosett plötzlich mit sehr heftigen rechtsseitigen Bauchschmerzen einsetzend, nach anfänglicher Verstopfung zu wäßrigen Durchfällen, leichtem Ikterus und besonders zu unstillbarem, rasch herunterbringendem Erbrechen geführt hatte. In beiden Fällen wurde das letztere durch die Operation sofort gestillt. Es fanden sich in Fall I Verwachsungen in der Umgebung des Pankreaskopfes, ein Verschluß des Winslow'schen Loches, sowie grünliche Verfärbung des Bauchfelles am Pankreas, in Fall II eine Verhärtung des Pankreaskopfes, in beiden aber zahlreiche Fettnekrosen an Netz und Mesenterien. Da letztere die Genesung der Kranken nicht gehindert haben, sieht sie Verf. als verhältnismäßig unschuldige Vorkommnisse und Nebenbefunde an, die aber für die Diagnose einer Pankreasaffektion von Wichtigkeit sind. Diese Pankreaserkrankung muß, wie anzunehmen, eine derartige sein, daß sie zu einer Sekretverhaltung des Pankreassaftes Anlaß gibt.

Neben der für die Therapie höchst instruktiven kasuistischen Berichterstattung bringt die Arbeit eine kurze Allgemeinbesprechung zur Sache und ein 55 Nummern zählendes Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 5. **Sonnabend, den 6. Februar.** **1904.**

I.

Ein sicheres Verfahren der Jejunostomie.

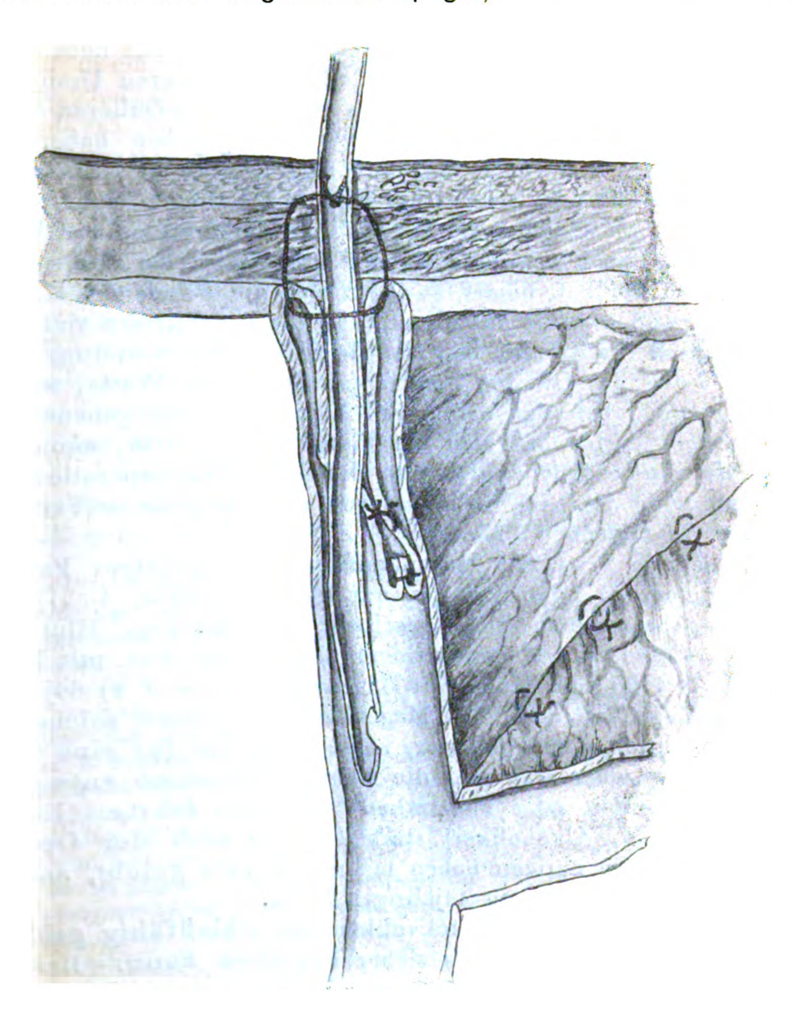
Von

Dr. **Georg Kelling** in Dresden.

Bei den zu Nahrungszwecken dienenden Fisteln, sei es, daß man sie am Magen oder am Dünndarm anlegt, ist es notwendig, daß die Fistel dauernd wasserdicht schließt. Wenn eine solche Fistel nämlich undicht wird und Magen- resp. Darmsaft ausläuft, ist der Pat. viel schlechter daran und geht außerdem meist schneller zugrunde, als ohne solche Operation. Am Dünndarm kann die zu Ernährungszwecken dienende Öffnung entweder seitlich angelegt werden, mit oder ohne Hinzufügung eines schrägen Witzelkanals, oder man benutzt die Darmöffnung selbst zum Einstopfen der Nah-

rung, wie dies Maydl tut, welcher den Darm durchschneidet, die zuführende Dünndarmschlinge in die abführende einnäht und den Darmquerschnitt, nachdem er ihn unter einer Hautbrücke hindurchgeführt hat, in die Haut einnäht. Der Zweck dieser großen Öffnung soll sein, daß man auch kompakte Nahrung in den Dünndarm einschieben kann. Kompakte Nahrung ist aber für einen Menschen, der eine Dünndarmfistel trägt, nicht notwendig, da man auf sein Geschmacksbedürfnis keine Rücksicht zu nehmen braucht und weil man alle diese Stoffe auch in feinbreiiger Form in den Darm bringen kann. Zudem hat die große Öffnung beträchtliche Nachteile und verliert ihre Schlußfähigkeit viel eher, wie eine kleine, was namentlich dann der Fall ist, wenn Pat. hustet. Das von mir angegebene Verfahren hat den Zweck, eine Jejunumfistel so anzulegen, daß sie auch ohne Drain wasserdicht schließt, und daß sie ferner solchen Insulten, wie z. B. der Bauchpresse beim Husten, standhält. Mein Verfahren schließt sich an das Maydl'sche an, indem ebenfalls die oberste Dünndarmschlinge durchschnitten wird. Man beginnt damit, daß man in einer Entfernung von 15 cm von der Plica duodenojejunalis den Darm mit einem Enterotrib durchquetscht. Dann wird der Darm an der Quetschfurche mit einem Seidenfaden fest abgebunden; oberhalb der Ligatur wird durchgeschnitten, der abführende Schenkel wird mit einer Tabaksbeutelnaht nach Doyen verschlossen, nachdem die überstehende Schleimhaut abgetragen worden ist. Der Querschnitt des zuführenden Schenkels wird nun seitlich in den abführenden eingenäht oder mit Knopf eingefügt (welchen man aber zur Sicherheit ebenfalls übernäht). Die Enteroanastomose soll eine Entfernung von 15 cm von dem blinden Ende des abführenden Schenkels haben. Das Wesentliche an meinem Verfahren ist nun, daß man um den Drain (ich benutze zu diesem Zwecke einen Nélatonkatheter von etwa 6 mm Durchmesser) einen ca. 5 cm langen Kanal durch Invagination des blinden Endes bildet. Zu diesem Zwecke wird ein ca. 6 cm langes Stück des blinden Endes vom Mesenterium abgelöst unter Ligatur der einzelnen Gefäße, dann wird im Zentrum des blinden Endes ein kleiner Einschnitt gemacht, der Katheter wird hineingesteckt und nun werden mit einer Catgutnaht die Schnittränder geschlossen und gleichzeitig damit der Nélatonkatheter am Darm befestigt. Es wird der Nélatonkatheter mit der Catgutnaht umschnürt, so daß die Naht die Wandungen etwas eindrückt, ohne natürlich das Lumen zu verschließen. Dann werden die beiden Enden des Fadens von der Schleimhaut aus nach der Serosa zu durch den Schnittrand rechts und links durchgeführt und geknotet. Dann stülpt man den befestigten Drain etwas ein und hebt zu beiden Seiten senkrechte Falten hoch, welche man durch Knopfnaht aneinander befestigt, dann wird wieder 1 cm eingestülpt und beiderseits um den Drain die senkreckten Falten aneinander genäht. Dies macht man etwa 3—4mal, wobei es aber nötig ist, daß die Nähte neben dem Drain

exakt gelegt werden, so daß keine toten Räume entstehen. Die letzten beiden Nähte befestigen die Dünndarmschlinge an der Bauchdecke, die eine unterhalb, die andere oberhalb des Drains; und zwar geht jede Naht durch die Fascie und Peritoneum, dann durch die Darmwand oberhalb resp. unterhalb des Drains, indem man gleichzeitig zwei Falten erhebt und durchsticht, dann auf der anderen Seite durch Peritoneum und Fascie, und nun wird geknotet. Zuletzt wird die Bauchdecke geschlossen (Figur).



Erwähnen will ich noch, daß man die Mesenterialränder, welche infolge der Durchtrennung der Dünndarmschlingen zustande kommen, durch Vernähung beseitigen soll, damit keine Spalten entstehen. Den Mesenterialrand des zuführenden Schenkels vernäht man mit dem Mesenterium des abführenden Schenkels. Der freie Mesente-

rialrand des abführenden Schenkels wird mit dem Mesokolon vernäht.

Weiter ist für die Fistel von Bedeutung die Nachbehandlung. Es ist hier, wie auch bei der Magenfistel, möglich, daß durch unzweckmäßige Behandlung die Fistel undicht werden kann. Die Schädigung der Fistel besteht hauptsächlich darin, daß durch Anwendung der Bauchpresse beim Husten, Pressen, Heben usw. der Drain herausgedrückt wird und daß er, wenn er außen befestigt ist, gegen die Wände des Kanals drückt und damit den Kanal erweitert. Es ist nun ganz falsch, wenn man merkt, daß Flüssigkeit neben dem Drain herausläuft, dann zum Verschluß einen dickeren Drain einzuführen, sondern man muß, wie ich das auch in einer früheren Arbeit (Deutsche med. Wochenschrift 1899 Nr. 48) angegeben habe, vielmehr den Drain weglassen, ihn nur zum Zwecke der Ernährung einführen und erst dann wieder auf längere Zeit liegen lassen, wenn die Fistel sich zu schließen droht, was man daran erkennt, daß sich der Drain nur noch schwer einführen läßt. Wird der Drain nicht getragen, und der Pat. hustet, so legen sich die Wände des Kanales aneinander, und es trägt auf diese Weise die Bauchpresse viel mehr zum Verschluß des Kanales bei, als wie zu seiner Erweiterung. Für die Bedeckung der Öffnung genügt ein Stückchen Watte, welches mit einer Binde befestigt wird. Ein Vorteil der angegebenen Methode besteht darin, daß sich die Fistel bald schließt, wenn man den Drain einige Zeit wegläßt, so daß keine Nachoperation zum Verschluß nötig ist. Ich habe das von mir angegebene Verfahren ausgeführt in folgenden Fällen:

1) 59jährige Frau mit Magenkarzinom, 2) 67jähriger Pat. mit Magenkarzinom, 3) 42jähriger Pat. mit Magenkarzinom, 4) 51jährige Frau mit chronischem Magengeschwür und starken Blutungen, 5) 48jähriger Mann mit Magenkarzinom, 6) 42jähriger Pat. mit Magenkarzinom, 7) 44jähriger Mann mit Magenkarzinom und 8) 64jähriger Mann mit Magenkarzinom. Die Magenkarzinome waren solche Fälle, wo eine Resektion unmöglich war, keine Indikation für eine Gastroenterostomie gegeben war und die Nahrungsaufnahme entweder zu Schluckbeschwerden oder zu starken Schmerzen führte. Ein Pat. (64jähriger Mann, Alkoholiker) starb 10 Tage nach der Operation an Pneumonie, die übrigen haben mehrere Monate gelebt, am längsten, 9 Monate 10 Tage, ein 44jähriger Mann.

In allen Fällen ist die Fistel vollkommen schlußfähig geblieben, so daß ich das Verfahren als sicher empfehlen kann. Bei einer Jejunostomie (wie bei einer Gastrostomie) kommt es nicht so sehr darauf an, daß die Operation einfach ist, sondern viel wichtiger ist es, daß die angelegte Fistel die Garantie einer dauernden Schlußfähigkeit bietet.

II.

(Aus dem städtischen Krankenhause zu Liegnitz.)

Cholecystenterostomie mit Bildung eines künstlichen Gallenganges.

Von

Dr. Hermann Krukenberg.

Die Cholecystenterostomie hat bei Verlegung des Choledochus neben dem Vorteile großer Einfachheit und der Möglichkeit schneller Ausführung den Nachteil, daß durch die offene Kommunikation zwischen Darm und Gallenblase eine Infektion der Gallenwege durch Darminhalt herbeigeführt werden kann. Aus letzterem Grunde ist Kehr u. a. für möglichste Einschränkung dieser Operation, welche nur dann ausgeführt werden soll, wenn die Choledochotomie gänzlich ausgeschlossen ist.

Vor kurzem war ich in der Lage, bei einer 78jährigen dekrepiden Pat. mit schwerem Ikterus und beginnender Cholämie operieren zu müssen und habe hier mit gutem Erfolge die Cholecystenterostomie ausgeführt mit einer Modifikation derart, daß durch die Bildung einer Art künstlichen Gallenganges die freie Kommunikation zwischen Gallenblase und Jejunum verhindert wurde.

Ich gebe im folgenden die Krankengeschichte in Kürze wieder:

Die 78jährige Johanne W. litt seit Jahren an Anfällen von wühlenden Schmerzen im Leibe, die häufig mit bedrohlicher Heftigkeit auftraten. Mit den Schmerzen machte sich in der rechten Seite des Leibes ein harter Knoten bemerkbar, den Pat. für einen aufgerollten Bandwurm hielt! Nie Abgang von Gallensteinen bemerkt. Seit Frühjahr 1903 zunehmende Schwäche und Appetitlosigkeit. Seit 25. August erneuter Schmerzanfall mit Ikterus, schnellem Kräfteverfall und Erbrechen alles Genossenen.

Am 2. September wird die schlecht ernährte Pat. mit mäßigem Ikterus in das städtische Krankenhaus aufgenommen. Die übliche interne Therapie erweist sich erfolglos. Die anfängliche Leberschwellung nimmt zu, der untere Leberrand reicht in der Mittellinie bis zur Mitte zwischen Proc. xiphoideus und Nabel, in der Mammillarlinie bis zu Nabelhöhe, die obere Lebergrenze bis zum unteren Rande der 4. Rippe. Der Leib ist aufgetrieben, die Gallenblase ist als ein gänseeigroßer schmerzhafter Tumor oberflächlich palpabel. Intensive ikterische Hautverfärbung, Urin dunkelbraun, enthält reichlich Gallenfarbstoff. Stuhlgang angehalten, acholisch. Unregelmäßiges Fieber zwischen 38 und 39. Pat. verfällt schnell, wird somnolent und nimmt keine Nahrung.

Am 11. September in Chloroform-Äthernarkose Längsinzision über dem Tumor. Herausheben der gänseeigroßen, straffgespannten, prallgefüllten Gallenblase. Kein Tumor an den Gallengängen palpabel. Inzision des Fundus der Gallenblase. Entleerung reichlicher, zäher, schwärzlicher, mit einzelnen kleinen, krümlichen Steinchen und grobem Gallengries vermischter eingedickter Galle. Kein größerer Stein.

Die Gallenblase wird nun am Fundus abgeklemmt und eine Jejunumschlinge hervorgezogen. Die Unterscheidung des Jejunums gegen das Ileum

ist bei Betastung von außen ohne weiteres durch die Kerkringschen Falten möglich. Ich möchte dieses sichere Unterscheidungsmerkmal, das mir in der praktischen Chirurgie bisher nicht verwertet zu sein scheint, hier kurz erwähnen. — Nun wird der Fundus der Gallenblase nach Gersuny um 270° um seine Längsachse gedreht und so in einen dem normalen Ductus cysticus ähnlichen schraubenförmig gewundenen Gang verwandelt. Die hierdurch entstehenden spiralförmigen Falten werden durch sechs feine Zwirnknopfnähte fixiert.

Nach Anlegung einer 1 cm langen Längsinzision ins Jejunum wird der Fundus der Gallenblase in dasselbe implantiert und durch 1/2 cm von der Öffnung der Gallenblase entfernt bleibende Lembertnähte derart fixiert, daß der Fundus bürzelförmig in das Darmlumen hervorragt. Naht der Bauchwunde. Kollodiumverband.

Pat. überstand die Operation gut. Sofortige Entfieberung. Schon am Tage nach der Operation war das Sensorium wieder vollständig frei, der Ikterus geringer, der Urin heller. Kein Erbrechen mehr. 14 Tage später war der Ikterus und die Leberschwellung vollständig verschwunden und im Urin Gallenfarbstoffe nicht mehr nachweisbar. Im Stuhlgang keine Gallensteine gefunden. Pat. ist seitdem frei von Beschwerden geblieben.

Im vorliegenden Falle wurde die Operation an einer 78jährigen bereits cholämischen Kranken mit Erfolg ausgeführt, ein Resultat, welches gewiß für die geringe Gefährlichkeit der Cholecystenterostomie gegenüber den Operationen am Choledochus spricht. Daß bei der von mir angegebenen Modifikation noch eine Infektion der Gallengänge durch Darminhalt zu befürchten sei, möchte ich nicht annehmen. Jedoch ist die Operation nur dann ausführbar, wenn die Gallenblase genügend groß und genügend elastisch ist, was sich durch vorherige Palpation meist feststellen lassen wird. Wichtig ist es, daß die Aufdrehung der Gallenblase durch Nähte gesichert wird, sonst könnte dieselbe sich wieder zurückdrehen und dadurch eine Achsendrehung des Darmes herbeiführen.

---

1) **Sobotta.** Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. I. Abt. Knochen, Bänder, Gelenke und Muskeln. 229 S.; dazu: Grundriß der deskriptiven Anatomie des Menschen. Textband. 206 S.

(Lehmann's med. Atlanten Bd. II. 34 Taf. u. 257 mehrfarb. Abbild. nach Origin.)
München, **J. F. Lehmann,** 1904.

Der vorliegende Atlas reiht sich dem im vorigen Jahre erschienenen Atlas und Grundriß der topographischen und angewandten Anatomie von O. Schultze an (referiert in dies. Blatte 1903 Nr. 38).

Der osteologische Teil ist mittels Autotypieverfahrens hergestellt, gibt schwarze Abbildungen auf Chamoispapier in der Art vorzüglicher retouchierter Photographien. Namentlich für die topographischen Bilder der Schädelknochen sind mit Geschick verschiedene Hilfsfarben angewendet worden. Die Knochenlehre, beschlossen von fünf ausgezeichneten Knochendurchschnitten, welche direkte Reproduktionen von Photographien sind, hat eine mustergültige Wiedergabe gefunden.

Im syndesmologischen Teil ist der Knochen gelb gehalten, um namentlich an den Gelenkpräparaten die Bänder hervortreten zu lassen. Die Bilder sind in der Tat instruktiv, doch tritt schon bei diesem Abschnitt das Schematische immer mehr hervor. Solches liegt zum Teil in der Absicht des Verf., doch sei die Frage gestattet, warum bei prinzipieller Fortlassung von Gefäßen und Nerven auf einigen Bildern, z. B. Abb. 227, sechs Muskelgefäße den Eindruck erwecken, als gäbe es in der Gegend gar keine anderen Nerven und Gefäße. Andererseits, warum fehlt auf Fig. 226 die Sehne des M. peroneus longus — und sollte in der Höhe des vorliegenden Gefrierschnittes die Achillessehne wirklich noch Muskulatur enthalten?

30 Tafeln stellen die Muskulatur des Körpers dar und sind in mehrfarbigem Lichtdruck hergestellt, 4 Tafeln mittels des Drei-(Vier-) Farbendruckes. Die Bilder sind von großem Farbenreichtum und zum Zweck der Orientierung sowohl auf dem Präparierboden als auch für den Praktiker geeignet. Mit zunehmender Farbenpracht entfernt sich die Darstellung leider immer mehr von der Natur.

Was vermieden sein sollte, die Schematisierung, begegnet uns auf Schritt und Tritt, wenn auch das Vorwort sagt: »Nur vereinzelte eigens so bezeichnete Abbildungen sind schematisiert.« Die plastische Wirkung hängt vom Maler ab, daß aber eine solche Plastik beispielsweise auf Taf. 8 vorhanden sei, kann kein Mensch vertreten. Sie fehlt — möchte ich behaupten — auf sämtlichen Tafeln. Auch in Proportion und Verlaufsrichtung der Muskulatur ist dem Maler eine große Reihe von Fehlern durchgelassen worden, was sich schwerlich mit dem gesperrt gedruckten Satze des Vorwortes entschuldigen läßt: »Es soll kein Atlas für den Fachanatomen sein.« Ein fehlerloser Atlas ist auch für unsere studierende Jugend gerade gut genug.

Den Tafeln ist auf der gegenüberliegenden Seite ein begleitender Text mitgegeben. Die Methode, tabellarisch Ursprung, Ansatz, Innervation und Funktion zu geben, ist eine seit lange bewährte. Wer sich beim Studieren Einzelheiten zu Nutze machen will, liest im begleitenden Textband nach, welcher das Wesentliche in prägnanter Form wiedergibt.

Der Atlas wird sich bald Freunde erwerben, schon wegen des verhältnismäßig billigen Preises — 20 ℳ — und wegen der bunten Bilder.

Ein gutes Buch muß sich von selbst empfehlen; um so mehr verwundert es, welche Anstrengungen der Verleger in dieser Richtung macht. Wir verzichten auf eine Wiederholung seiner unsympathischen Auslassungen zur Anpreisung des »konkurrenzlosen« Werkes.

Der Autor verspricht den zweiten Band, der die Eingeweide behandelt, zum Frühjahr 1904, dem bald der dritte Band mit Gefäß- und Nervensystem folgen soll.

Leider ist auch Verf. in seinem Vorwort bemüht, durch Ver-

dunkelung früherer Erscheinungen sein Werk zu heben. Daß der Atlas von Toldt, dieses hervorragend wissenschaftliche Werk »sich keiner großen Beliebtheit erfreut« wäre erst nachzuweisen und die Bemerkung, »daß die Vollendung des ganzen Werkes, entgegen der langen Zeitdauer, in welcher die Teile der übrigen Atlanten der Anatomie erschienen, in kürzester Zeit zu erwarten ist«, halten wir für überflüssig.

Wie gesagt — ein gutes Buch empfiehlt sich von selbst, warum nicht auch ein anatomischer Atlas? **Oettingen** (Steglitz).

---

2) **v. Eiselsberg.** Wandlungen in der modernen Chirurgie.
(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 19.)

Die ausführliche Wiedergabe eines in der Gesellschaft der Ärzte in Wien gehaltenen glänzenden Vortrages über die Errungenschaften der Chirurgie in den letzten Jahrzehnten ist mit Freude und Dank zu begrüßen. Sind doch fast alle Großtaten unserer unsterblichen Meister der chirurgischen Kunst und Wissenschaft in einen an Zeit so geringfügigen Raum von wenigen Jahrzehnten zusammengedrängt, sind doch die Fortschritte dieser Zeit ungeahnte und großartige. Leicht sind sie nicht erlangt. »Mancher Irrweg ward betreten und erst nach längerem Umhertasten als solcher erkannt; die zunehmende Erfahrung läuterte die neuen Entdeckungen und reduzierte den Erfinderenthusiasmus durch den Skeptizismus des nüchternen Beobachters.« Nicht den modernen Chirurgen übermütig, sondern vielmehr ihn bescheiden zu machen und zu ernster Arbeit anzuregen«, ist die Absicht v. E.'s. »Das was noch zu erforschen bleibt, ist noch unendlich viel mehr, als der große Fortschritt der letzten 60 Jahre.«

Möge die Lektüre des geist- und lichtvollen Vortrages v. E.'s recht vielen Jüngern unserer herrlichen Kunst sich als eine Quelle reinsten Genusses erweisen. **Hübener** (Dresden).

---

3) **P. Guibal.** De la dilatation ampullaire des veines.
(Revue de chir. Année XXIII. Nr. 6—8.)

In dieser recht ausführlichen Arbeit hat sich Verf. der — in mancher Hinsicht vielleicht zu großen — Mühe unterzogen, alles Material über die ampullären und sackförmigen Venenerweiterungen zu sammeln. Die Wiedergabe einzelner Fälle mag ja berechtigt sein bei den Venenerweiterungen des Halses, dürfte jedoch bei der relativ häufigen gleichen Affektion an der Saphena höchstens bei exzeptionellen Beobachtungen angewandt sein. Da G. zudem seinen Stoff regionenweise behandelt, ist die Arbeit voll Wiederholungen.

Im allgemeinen beschreibt G. die ampullären und sackförmigen Erweiterungen als gutartige Bildungen, wenn sie nicht, wie man öfters am Halse beobachtet, zu außerordentlicher Größe anwachsen und durch Berstung nach Usur der Haut oder Vereiterung gefährlich werden. Sie können spontan zur Heilung gelangen. Solange

sie flüssiges Blut enthalten, sind sie durch Kompression zentralwärts zu entleeren, füllen sie sich bei Nachlaß des Druckes von außen schnell wieder, besonders bei Drucksteigerung im Venensystem durch Husten, Atemverhaltung, Schreien — die Erweiterungen der Saphena sogar mit wahrnehmbarem Schwirren.

Am Halse sowohl wie in der Leiste geben sie Veranlassung zu diagnostischen Irrtümern und therapeutischen Mißgriffen und sind mit Branchiomen, Lymphomen, Brüchen usw. verwechselt worden. Immer solle man im Zwerchfell bei Halsgeschwülsten kleiner Kinder sowohl als bei Geschwulstbildungen im Trig. Scarpae mit der Möglichkeit rechnen, daß irgend eine Form der Phlebektasie vorliegt.

Die zweckmäßigste Behandlung der fraglichen Gebilde ist — abgesehen vom Gummistrumpf, der bei ampullären Erweiterungen der Saphena eine teure Palliativmaßregel sein mag — die aseptische Exstirpation des Sackes nach vorausgehender Unterbindung des ab- und zuführenden Venenstammes. **Christel** (Metz).

---

4) **A. Chauffard.** Sur le mode de préparation des solutions chloruro-sodiques gélatinées injectables.

(Bull. de l'acad. de méd. 1903. Nr. 26.)

Eine aus Brouardel, Nocard, Pouchet, Chantemesse und C. bestehende Kommission hat die Frage bearbeitet, in welcher Weise zur Injektion bestimmte Gelatine dargestellt werden könnte, bei welcher üble Zufälle, vor allem Tetanus, nicht mehr zu befürchten wären.

Die 1—2%ige Gelatinelösung ist hypotonisch ($\Delta = 0,2—0,3$). Deshalb ist ein Zusatz von 7‰ Kochsalz erforderlich, welcher Δ auf 0,5—0,51 erhöht. Die Sterilisierung müsse bei gespanntem Dampf, 115°, während 30 Minuten erfolgen. **Christel** (Metz).

---

5) **T. Heiman.** De la paracentèse du tympan dans les otites moyennes aïgues.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1903. Nr. 32.)

Der Versuch von Zaufal, Piffl usw., die Indikationen zur Parazentese erheblich einzuschränken, hat bekanntlich auf den letzten ohrenärztlichen Zusammenkünften zu lebhaften Eröterungen mit den Anhängern des Trommelfellschnittes, wie Körner, Grunert u. a., geführt. Verf. sucht einen vermittelnden Standpunkt einzunehmen, und macht die Vornahme der Parazentese von den jeweiligen Verhältnissen unter Berücksichtigung allgemeiner Gesichtspunkte abhängig. Damit dürfte unseres Erachtens dem Nichtspezialisten, der mehr ausgesprochener Direktiven bedarf, und somit der Sache wenig gedient sein. Für die Allgemeinheit erscheint es viel nützlicher, wenn Grunert vor einer Befolgung der Zaufal'schen Grundsätze warnt, da die Verantwortung für Unterlassung einer Parazentese in

einigermaßen schweren Fällen schon eine spezialistische Schulung verlangt. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

6) **W. T. Woskressenski.** Über die Methoden der Eröffnung des Antrum Highmori.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

Nach einer Kritik der üblichen Methoden schlägt W. seinerseits folgendes Verfahren vor.

W. geht vom Alveolarfortsatz als dem Boden der Höhle aus und verlangt, daß dieser bei der Eröffnung in ganzer Ausdehnung, d. h. soweit er sich unter der Höhle hinzieht, entfernt werde. Ist der Fortsatz 1 cm oder mehr breit, so soll es genügen, wenn die betreffenden Zähne gezogen und alle Spongiosa zwischen seinen Wänden bis in die Höhle hinein entfernt wird. Es entsteht so ein 3—4 cm langer, breiter Spalt am Boden der Kieferhöhle, der dem Sekret freien Abfluß sichert.

Ist der Alveolarfortsatz schmaler als 1 cm, dann muß der Eingriff ausgedehnter gestaltet werden. Es wird nicht nur die Spongiosa zwischen den Wänden des Fortsatzes entfernt, sondern auch seine äußere Wand und die Wand der Kieferhöhle, im ganzen ein 1½ bis 2 cm hoher Streifen. Die Länge der Öffnung beträgt wieder 3 bis 4 cm (etwa vom Processus pterygoideus bis zum ersten Bicuspidaten).

W. hält den Eingriff für nicht sehr beträchtlich mit Rücksicht darauf, daß die Pat. von einem sehr hartnäckigen Leiden befreit werden, und daß außerdem die in Frage kommenden Zähne in der Mehrzahl der Fälle nicht mehr viel taugen.

V. E. Mertens (Breslau).

---

7) **Goris.** Technique de la cure chirurgicale de la sinusite sphénoïdale chronique.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de belgique 1903. Nr. 2.)

In Fällen von Phlegmone, Eiterung und Karies der Keilbeinhöhle verfährt G. folgendermaßen:

1) In tiefer Chloroformnarkose legt er den Whitehead'schen Mundsperrer ein und führt den rechten Zeigefinger in den Mund nach hinten an die Choanen.

2) Mittels der linken Hand führt er die Doyen'schen (Pince à turbinectomie) Zange zum Nasenloch hinein nach hinten, bis sie den rechten Zeigefinger berührt, welcher die Zange an die mittlere Nasenmuschel legt. Die Zange wird geöffnet und die mittlere Muschel entfernt. Der Zeigefinger tamponiert von hinten die Choane, damit kein Blut in den Kehlkopf fließt.

3) Ein Raspatorium wird zur Nase hineingeführt und unter Leitung des Zeigefingers in die Höhe gebracht, bis es an die vordere Wand der Keilbeinhöhle kommt; alsdann wird es leicht in die Höhle eingestoßen.

4) Mittels der Zange von Grünewald wird die untere Wand der Keilbeinhöhle zerdrückt und extrahiert. Dann erfolgt Auslöffelung, Tamponade von der Nase aus und Nachbehandlung.

5) Wenn gleichzeitig Karies des Siebbeines besteht, wird die Nase temporär in die Höhe geklappt, worauf man in derselben Weise wie oben angegeben verfährt, das Siebbein reseziert, löffelt und dann an den Sinus herangeht.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

8) **W. Müller.** Über Aktinomykose der Speicheldrüsen.

(Sonder-Abdruck aus der Orth-Festschrift.)

Die orale Form der Aktinomykose, die annähernd 4/5 aller beobachteten Fälle beim Menschen einnimmt, wird noch häufig mit einer Parulis, Periostitis, Angina Ludovici oder einem Drüsenabszeß verwechselt.

Die Einwanderung des spezifischen Erregers geschieht nach allgemeiner Annahme wohl meist durch vegetabilische Fremdkörper, insbesondere von Getreidegrannen. Diese sind denn auch von einer Reihe von Beobachtern bei einer größeren Zahl von Fällen in den erkrankten Partien nachgewiesen worden.

Was die spezielle Pathologie der Speicheldrüsenaktinomykose anlangt, so ist unsere Kenntnis derselben noch eine lückenhafte.

Unter den 49 sicheren Beobachtungen des Verf. finden sich 4 Fälle, wo es sich um eine Beteiligung der Parotis an der Erkrankung handelte. Aus der relativ reichen Kasuistik, die sich in der Literatur findet, konnte Verf. nur 9 Fälle, die in die gleiche Rubrik gehören, zusammenstellen. Noch spärlicher sind die Beobachtungen über eine Infektion der Gl. submaxillaris. Einen einwandsfreien Fall konnte M. in der Literatur überhaupt nicht ausfindig machen, während er selbst in 2 Fällen eine umschriebene Lokalisation in der Submaxillargegend nachzuweisen vermochte.

Auf Grund des bis jetzt vorliegenden Materials glaubt Verf. die Hauptpunkte unserer Kenntnis der Parotisaktinomykose dahin präzisieren zu können, daß »die Parotis gelegentlich von der Aktinomykose — meist allerdings sekundär — befallen wird, und zwar sowohl in diffuser Weise mit ausgedehnter bindegewebiger Entartung und unter Bildung der bekannten Nester und Gänge mit Parenchymnekrose und Wucherung des interstitiellen Gewebes, wie auch in Form mehr umschriebener Herde bei Erhaltensein von größeren oder kleineren Bezirken sekretionsfähigen Gewebes«. Mit Küttner betont Verf. die große Schwierigkeit, in vorgeschrittenen Fällen zu entscheiden, ob die Parotis primär oder sekundär erkrankt ist.

Die Kasuistik der Aktinomykose der Submaxillaris gestattet bis jetzt noch nicht, ein Bild dieser Erkrankung aufzustellen. Ist doch eine spezifisch erkrankte Submaxillardrüse noch nicht genauer anatomisch-pathologisch untersucht worden. Bei den bis jetzt bekannten Fällen liegt dagegen immerhin die Möglichkeit vor, daß es sich im wesentlichen um eine peri- oder paraglanduläre Lokalisation handelte.

Auch in der Fachliteratur der Tierpathologie fand der Verf. trotz der Häufigkeit der Aktinomykose bei den Tieren weder eine einheitliche Bearbeitung der von ihm behandelten Frage, noch eine größere Reihe einwandsfreier Beobachtungen.

Engelmann (Dortmund).

9) **Frazier** and **Spiller.** The surgical treatment of facial paralysy.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1903. November.)

Die chirurgische Behandlung der Facialislähmung sollte, wenn eine vollkommene Zerstörung der Kontinuität des Nerven angenommen werden muß, möglichst bald erfolgen; denn selbst bei Wiederherstellung der Nervenfunktion ist ein Erfolg der Operation nicht mehr zu erwarten, wenn die Muskeln bereits vollkommen atrophiert sind.

Bei einer von F. beobachteten Revolverschußverletzung mit Einschuß in die äußere Gehörgangsmündung bestand 5 Monate später eine vollständige Facialislähmung, wohl infolge Facialiszerstörung in seinem Verlaufe durch das Felsenbein. F. legte von einem Schnitt aus entlang dem vorderen Rande des Sternocleidomastoideus den N. hypoglossus frei, durchtrennte ihn 2 cm nachdem er die Carotis externa passiert hatte, schlug das zentrale Ende nach oben und vereinigte es End zu End mit dem peripheren des Facialis, der dicht am Austritt aus dem Knochen durchschnitten wurde.

F. zieht zur Vereinigung den N. hypoglossus dem häufiger benutzten N. accessorius aus folgenden Gründen vor. Die nach der Vereinigung des Facialis mit dem Accessorius auftretenden Mitbewegungen, also Schulterbewegungen bei Gesichtsmuskelbewegungen und umgekehrt, sind lästig und entstellend. Außerdem aber liegt das Rindenzentrum für die Zungenbewegungen dem kortikalen Facialiszentrum näher als das Accessoriuszentrum; das Zungenzentrum könnte sich also leichter für seine neue Funktion »umgewöhnen« oder die zum Facialiszentrum gelangenden Impulse könnten leichter auf das Hypoglossuszentrum übertragen werden. Die Durchtrennung des ganzen zu benutzenden Nerven ist der teilweisen Abspaltung vorzuziehen, weil die Umwandlung des Hypoglossuszentrums zum Facialiszentrum dann leichter vor sich gehen kann. Über das Resultat in F.'s Falle ist noch kein Urteil möglich.

S. empfiehlt vom neurologischen Standpunkte aus auch bei der nach Erkältung auftretenden Facialislähmung die Nervenanastomose, wenn nach 6 Monaten noch keine Besserung eingetreten ist, ebenso bei der nach Mittelohrerkrankung aufgetretenen Lähmung. Die Nervenanastomose kann übrigens auch an anderen Körperstellen ausgeführt werden; so erzielte S. bei einer Kinderlähmung eine teilweise Wiederherstellung des Tibialis anticus, indem er den diesen Muskel versorgenden Nerven mit dem N. musculocutaneus anastomo-

sierte (Spiller und Young, Journ. of nervous and mental disease 1903).

Mohr (Bielefeld).

---

10) **Gutierrez.** Proceder operatorio en los epiteliomas del labio y de la lingua.

Buenos Aires, 1903.

Nach G. sind die in Beziehung auf Rezidive so ungünstigen Operationsergebnisse nur durch die zu wenig ausgiebigen Operationsmethoden bedingt. Er empfiehlt, im Falle eines Zungenkarzinoms stets sowohl die Submaxillardrüse, als auch insbesondere die Carotisdrüsen und die hinter dem Kopfnicker liegenden Drüsen herauszunehmen. Auch wenn das Karzinom an der Zungenspitze oder in der Gegend des Frenulum linguae sitzt, soll man neben den über dem Zungenbein gelegenen Drüsen die Carotisdrüsen auf beiden Seiten exstirpieren. Sämtliche Drüsen werden in einer einzigen, sehr großen, die ganze Submentalgegend umfassenden Operationswunde zugängig gemacht.

Stein (Wiesbaden).

---

11) **Rode** (Triest). Zur Kasuistik der traumatischen Larynxblutungen.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 20.)

Verf. erörtert zunächst die relativ große Seltenheit der Verletzungen des Kehlkopfes; ganz besonders selten sind endolaryngeale, die gelegentlich durch Fremdkörper oder durch operative Eingriffe zustande kommen. Den Verf. interessiert hierbei die Tatsache, daß gelegentlich schwere Blutungen vorkommen, die durch ihre Unstillbarkeit Erstickung oder Verblutung zum Gefolge haben können. In einem interessanten Falle, den R. mitteilt, war endolaryngeal ein großes tuberkulöses Infiltrat abgetragen worden; sofort entstand heftige Blutung, und laryngoskopisch sah man ein spritzendes Gefäß in der Nähe des Grundes der Epiglottis. Im Laufe von 3 Stunden wurde mühsam durch Eisschlucken, Adrenalin, Galvanokaustik und möglichste Schluckruhe die Blutung gestillt und die schwere Gefahr beseitigt. Verf. erörtert ferner, daß die laryngeale Seite der Epiglottis bei weitem die gefäßreichere sei. Was die Therapie anbelangt, so kommt Carotisunterbindung und Tracheotomie in Frage. Beide hält Verf. für vorliegenden Fall für unbrauchbar. Bei der median sitzenden Blutung war gar nicht zu entscheiden, welche Carotis zu unterbinden sei, und die Tracheotomie mit nachfolgender Tamponade ist ebenfalls nicht zuverlässig, weil die Tamponade schwerlich fest genug angedrückt werden kann.

Schmieden (Bonn).

---

12) **Trétrop.** Contribution à l'étude de la resection et de la suture de la trachée.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1903. Nr. 36.)

Nach Erwähnung der einschlägigen Arbeiten von Colley, Küster, v. Eiselsberg u. a. berichtet Verf. über Versuche an 4 Hunden, um eine Methode zur Resektion und Naht der Luftröhre auszubilden; dieselbe biete seiner Ansicht nach die beste Gewähr für eine vollkommene Heilung ohne Fistel- und Stenosenbildung usw. Wesentlich erscheint vor allem, daß T. beim Trennen der Luftröhre vor Anlegen der Nähte hinten eine Schleimhautbrücke stehen läßt, um so eine leichtere Anlegung der hinteren Wundränder zu erzielen. Weitere Einzelheiten vergleiche im Original.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

13) **Kirnberger.** Zur Therapie der Basedow'schen Krankheit.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 10.)

Ausgehend von der Annahme, daß bei der Basedow'schen Krankheit eine Jodvergiftung des Körpers vorliege, hat K. Versuche mit Darreichung eines Jodantidots gemacht. Das zur Verwendung gelangende sulfanilsaure Natron, das in einer Dosis von 10 g pro die gereicht wurde, gab gute Resultate, indem neben Besserung des Appetits vor allem eine Zunahme des Körpergewichtes eintrat. Auch der Puls wurde ruhiger, in zwei Fällen ging der Kropf etwas zurück. Unbeeinflußt blieb der Tremor. Das sulfanilsaure Natron repräsentiert daher nur ein symptomatisches Mittel. Als spezifische Mittel kommen das Rodagen und das Merck'sche Thyreoidserum in Betracht. Bei Darreichung von Rodagen abwechselnd mit dem sulfanilsauren Natron sah K. ein völliges Schwinden der Basedowsymptome. Letztere Beobachtung erstreckt sich auf zwei Fälle und ist den von Burghart und Blumenthal beobachteten Fällen ergänzend zur Seite zu stellen.

Silberberg (Breslau).

---

14) **A. Voïnitsch-Sianojentzky.** Oesophagotomie thoracique.

(Arch. internat. de chir. Vol. I. Fasc. 2. 1903.)

Aus einem der dunkelsten Kapitel der modernen Chirurgie will Verf. den Abschnitt über die thorakale Ösophagotomie zum Gegenstand seiner Untersuchungen machen.

Der in Betracht kommende Teil der Speiseröhre erstreckt sich vom 2. bis zum 10. Dornfortsatz der Brustwirbel. Derselbe kann wieder in drei Unterabschnitte geteilt werden, von denen der erste, der bis zum Dornfortsatz des 4. Brustwirbels reicht, von der linken Seite her fast vollkommen unzugänglich ist; der zweite Abschnitt, der die Partie bis zum 8. Brustwirbel einnimmt, ist bedeutend leichter von rechts erreichbar, während der letzte Teil viel leichter von links

in Angriff genommen werden kann. Maßgebend sind vor allem die Beziehungen der Speiseröhre zu der Wirbelsäule, der Pleura, der Aorta und dem Herzbeutel. Je nach der Höhe des Sitzes des zu beseitigenden Hindernisses, die in der Regel mit der Sonde und mit den Röntgenstrahlen festzustellen sein wird, wird man rechts oder links von der Wirbelsäule eingehen. Die Operation selber kann in fünf Tempos zerlegt werden: 1) Anlegen eines 2 cm breiten und 7 cm langen Fensters und Rippenresektion. 2) Resektion und Unterbindung der Aa. intercostales und Ablösung der Pleura. 3) Aufsuchen der Speiseröhre unter Schonung der Aorta bezw. der Vena azygos. 4) Anschlingung der zu öffnenden Partie mit zwei Ligaturen und Inzision. 5) Tamponade, selten Naht.

Die Vorschriften des Verf. stützen sich nur auf Leichenversuche.

Engelmann (Dortmund).

Kleinere Mitteilungen.

15) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

135. Sitzung am 14. Dezember 1903.

Vorsitzender: Herr Hoffa.

1) Herr Joachimsthal: a. Angeborener Mangel der Kniescheibe.

Derselbe kommt vor in Verbindung mit anderen angeborenen Kniegelenksaffektionen, besonders Luxationen, ist dann von untergeordneter Bedeutung. Vielfach ist die anscheinend fehlende Patella später noch als rudimentärer Körper entdeckt worden. Seltener ist der Defekt der Patella die einzige Abnormität des Kniegelenkes; drei Fällen der Literatur reiht J. einen vierten an in einem 34jährigen Manne, dessen Vater und Schwester in gleicher Weise verbildet sind. Patella fehlt beiderseits vollständig (Röntgenbild); Pat. ist im Beruf nicht gestört, springt, ist Fußtourist, läuft Schlittschuh. Die Tuberositas tibiae ist exostosenartig entwickelt, tritt erkennbar hervor. Die Quadricepssehne, zwei Finger dick, liegt in Streckstellung in der Fossa patellaris, beim Übergang zur Beugung tritt sie auf den Condylus externus nach außen von dem vorn grätenartig hervortretenden Rande desselben. Geht Pat. in die Streckstellung zurück, so schnappt die Sehne in die Fossa patellaris zurück. Nach dem Abgleiten der Sehne vom Condylus ext. verliert Pat. jeglichen Halt, fällt in sich zusammen. Will Pat. überhaupt eine kraftvolle Aktion mit dem Quadriceps ausführen, so luxiert er auch in gestreckter Stellung zunächst die Sehne auf den Condylus ext. und spannt erst dann den Muskel an. Die Sehne, die an der stark vorspringenden Tuberositas tib. schon an und für sich unter günstigeren Bedingungen arbeitet als ohne den Vorsprung, schafft sich so eine Art Hypomochlion und ersetzt so zum Teil die Patella. Auf Grund dieser Beobachtung kommt J., im Gegensatz zu früheren Autoren, zu dem Schluß, daß der Patella im Kniestreckapparat eine funktionelle Bedeutung zufällt.

b. Schiefhals bei Geschwistern.

J. weist darauf hin, daß der muskuläre Schiefhals nicht immer extra-uterinen Ursprungs sei; das beweise die nicht zu seltene Erblichkeit der Störung und die gelegentlich vorhandene Kombination mit anderen angeborenen Anomalien. Von letzteren sah J. drei kombiniert mit angeborenen Hüftluxationen. Vererbung konstatierte J. 4mal bei einer 23jährigen Frau und deren zwei Kindern, bei zwei Brüdern, bei Vater und Tochter und bei den beiden vorgestellten Geschwistern, einem 2jährigen und einem 5 Wochen alten Mädchen; bei dem letzteren sind noch die

deutlichen Zeichen der als Kopfnickerhämatom bekannten kallösen Geschwulst im Muskel nachweisbar. Eine Erklärung dafür ist nur so möglich, daß der schon vor der Geburt verkürzte Muskel in der Geburt stark gedehnt resp. zerrissen ist.

c. Plattfußeinlagen nach Lange.

J. empfiehlt die durch Lange angegebene Verstärkung der Zelluloideinlagen durch Stahldraht. Die Einlagen stellt J. über dem Gipspositiv des in Valgusstellung abgeformten belasteten Fußes entweder aus mehreren Schichten Trikot oder aus verschiedenen Lagen von Bandstreifen her, zwischen welche die Stahldrähte so eingefügt werden, daß sie eine Stütze des Fußgewölbes abgeben. Die einzelnen Lagen werden mehrfach dick mit einer Auflösung von Zelluloid in Azeton bestrichen. Die Einlagen sind leicht, elastisch, lassen sich in jeden bequemen Schuh einlegen. Bei hochgradigen Plattfüßen wird eine Behandlung mit in redressierter Stellung angelegten portativen Gipsverbänden vorausgeschickt; Demonstration eines Kranken, bei dem dadurch die Beschwerden beseitigt, die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt und das Fußgewölbe dauernd wieder hergestellt worden ist.

Diskussion. Herr E. Israel hat an sich die unmittelbare gute Wirkung der Lange'schen Einlagen erfahren. — Herr Hoffa bemerkt, daß er mit den Zelluloid-Stahldrahteinlagen sehr zufrieden gewesen ist.

2) Herr Katzenstein: Demonstration eines Falles von Epispadia glandis penis.

K. fügt den wenigen in der Literatur bekannten Fällen einen neuen hinzu, in dem er durch Anfrischung und Naht die Spaltbildung in der Eichel beseitigt hat.

3) Herr Hoffa: Über die Bedeutung des Fettgewebes für die Pathologie des Kniegelenkes.

H. weist besonders auf eine zwar bekannte, aber bisher wenig beachtete Erkrankung des Fettgewebes im Kniegelenke hin, die entzündlich-fibröse Hyperplasie des neben und unter dem Ligament. patellae gelegenen synovialen Fettgewebes (Plicae alariae und Plica synov. med. patell.), welches sich nach oben unter die Patella und nach hinten ins Kniegelenk erstreckt. Dieselbe entwickelt sich gewöhnlich im Anschluß an ein Trauma mit Erguß ins Gelenk. Die Beschwerden weichen nicht trotz lange fortgesetzter Behandlung mit Gipsverbänden usw. Außer Schmerzen bestehen häufig Einklemmungserscheinungen wie bei freien Körpern und bei Abreißung des Meniscus. Den ersten Fall operierte H. unter dieser Diagnose. Objektiv findet man zuweilen sehr wenig, meist etwas Reiben und Knirschen; sehr charakteristisch ist die Vortreibung zu jeder Seite des Ligamentum patellae, welche die vergrößerten Fettmassen bilden, besonders im Vergleich mit der anderen Seite. Die Diagnose wurde auf Grund dieses Symptoms in den folgenden Fällen vor der Operation gestellt. Die Therapie bestand in allen Fällen in der Exstirpation des entarteten Fettgewebes. Man findet bei der Operation eine gelbe, stellenweise infolge von Hämorrhagien gelbrote, derbe, zottige mit derbem Bindegewebe durchsetzte Fettmasse an Stelle der genannten Plicae; in einem Falle war als Ursache der kurz vor der Operation aufgetretenen Einklemmungserscheinungen eine frische Hämorrhagie zu finden. In sämtlichen von H. operierten Fällen, mit Ausnahme eines Falles, bei dem die Wunde längere Zeit offen gehalten werden mußte, glatte Heilung und volle Beseitigung der Beschwerden. Demonstration der makroskopischen und mikroskopischen Präparate und der geheilten Pat.

Diskussion. Herr Sonnenburg kann aus seinen Erfahrungen die Ausführungen des Herrn Hoffa bestätigen. Er erinnert sich besonders eines von ihm unter Annahme eines freien Körpers operierten Falles, den er vor 10 Jahren operierte. Die Pat. blieb dauernd geheilt.

4) Herr Böcker: Über einen Fall von Osteochondritis dissecans genu.

B. berichtet über einen Fall von freien Gelenkkörpern in beiden Kniegelenken mit doppelseitiger habitueller Luxation der Kniescheibe nach außen (Osteochon-

dritis dissecans nach König) bei einem 33jährigen, sonst gesunden Manne. Mit 13 Jahren waren im linken Knie, einige Jahre später im rechten Einklemmungserscheinungen aufgetreten, zugleich waren bewegliche Körper zu fühlen. Mit 23 Jahren stellte sich spontan eine Verschiebung der Kniescheibe nach außen ein. Klinisch wurden in der rechten Kniekehle bewegliche Körper, durch das Röntgenbild in beiden Gelenken freie Körper festgestellt. Operation. Es fand sich rechts wie links am Condylus int. ein unregelmäßiger Defekt von 4 cm Durchmesser, dessen Grund bereits mit Knorpel überzogen war, und ein dazu gehöriger freier Gelenkkörper, in der Bursa gastrocnemio-semimembranosa dextra acht freie Gelenkkörper und in der Fossa intercondyl. sin. noch ein freier Körper, der mit der Synovialis verwachsen war; der letztere bestand aus Knochen, die übrigen aus Knorpel. Zur Beseitigung der habituellen Luxation der Patella, die durch Schlaffheit des Quadriceps bedingt war, wurde der M. semimembranosus mit dem inneren Rande der Patella vernäht, um so für den Quadriceps ein Gegengewicht herzustellen. Das Resultat war gut. Demonstration des geheilten Pat.

5) Herr Koch: Die pathologische Anatomie des durch Poliomyelitis gelähmten Muskels und ihre Bedeutung für die Sehnenplastik.

K. hat durch seine Studien eine bisher vorhandene Lücke ausgefüllt; die Ergebnisse seiner mikroskopischen Untersuchungen sind folgende: die infolge der Poliomyelitis gelähmten Muskeln zeigen einen Zerfall ihrer kontraktilen Substanz durch Fettmetamorphose in verschiedener Ausdehnung; es können ganze Muskelbündel zugrunde gehen, zuweilen wird aber nicht die ganze Muskelfaser zerstört, sondern nur Teile von ihr, und Bruchstücke alter kontraktiler Substanz blieben erhalten. Die Degeneration der Muskeln ist also eine fleck- oder herdweise. Wo Muskelsubstanz in größerer Menge zugrunde gegangen ist, bildet sich reichlich Fettgewebe. Die landläufige Vorstellung, die wir von dem spinal gelähmten Muskel haben, daß es sich um eine hochgradige Atrophie, d. h. Abnahme des Volumens der einzelnen Muskelfasern handle, ist falsch. Überall, wo eine herdweise Degeneration von Muskelfasern eingetreten ist, findet gleichzeitig eine reichliche Regeneration von neuen Fasern statt, die im Zusammenhang oder ohne direkten Zusammenhang mit der alten Faser vor sich geht. Diese Tatsache macht die klinische Erfahrung verständlich, daß der gelähmte Muskel sich in vielen Fällen wieder erholt und seine Funktion wieder aufnimmt. Makroskopisch weist der spinal gelähmte Muskel verschiedene Verfärbungen auf. Es kommen alle Übergänge zwischen einer normal roten bis rosaroten und gelbweißen Farbe vor, zuweilen an ein und demselben Muskel; sie erklären sich durch verschieden starken herdweisen Untergang von Muskulatur und deren Regeneration oder Ersatz durch Fettgewebe. Können diese verschieden pathologisch verfärbten Muskeln noch für eine Plastik in Betracht kommen? Sofern noch kontraktile Substanz vorhanden ist bezw. eine Regeneration von neuen Muskelfasern stattgefunden hat, ist der Muskel nie vollkommen, sondern nur partiell gelähmt; er sollte eigentlich nach der Menge der erhaltenen resp. neugebildeten Fasern wieder funktionieren. Daß er es trotzdem nicht tut, liegt daran, daß ihm die elastische Spannung und der normale Muskeltonus verloren gegangen ist; er ist überdehnt, seine Kraft schlummert gewissermaßen. Geben wir ihm seine elastische Spannung wieder, so kann er wieder funktionieren. Das erreichen wir durch die Sehnenverkürzung, deren günstiger Einfluß hinreichend praktisch erwiesen ist. K. zeigt ihn durch Demonstration einer Reihe von Kranken, an denen Sehnentransplantationen in der Hoffa'schen Klinik mit bestem funktionellen Erfolg ausgeführt worden sind.

6) Herr Helbing: Beitrag zur Behandlung kongenitaler Daumenmißbildungen.

H. demonstriert einen Fall symmetrischer angeborener Verbildung des Daumens, bei welchen dieses Glied in die Hohlhand eingegraben war durch Adduktion und Opposition des Metacarpale I und spitzwinklige Beugekontraktur der Grundphalanx. Die Mißbildung wurde dadurch zur Heilung gebracht, daß die

kontrahierten Muskeln (M. flexor brevis, opponens und adductor) an ihren Ansatzpunkten durchschnitten und die Sehne des M. flexor poll. long. plastisch verlängert wurden. Der nach Richtigstellung des Daumens entstandene große Hautdefekt in der Hohlhand wurde durch einen plastischen Lappen aus der Brusthaut gedeckt.

Herr Cohn demonstriert einen gleichen Fall bei einem neugeborenen Kinde, welcher in der Poliklinik des Krankenhauses Moabit zur Beobachtung kam.

7) Herr Helbing: Die Behandlung koxitischer Kontrakturen mittels der Osteotomie.

Die rein mechanischen Behandlungsweisen sind nicht ungefährlich, weil die Koxitis danach manchmal wieder aufflackert, und sie schützen nicht sicher vor Rezidiven der Kontraktur. In der kgl. Universitäts-Poliklinik für orthopädische Chirurgie wird deshalb die schräge subtrochantere Osteotomie bevorzugt; sie ist von den blutigen Methoden technisch die einfachste, am wenigsten verletzend und läßt sich leicht subkutan ausführen. Sie beseitigt sofort in Verbindung mit der Durchschneidung der Adduktoren und des Tensor fasciae l. unterhalb der Spina a. s. die Kontrakturstellung und gestattet durch Extension noch eine reelle Verlängerung der Extremität. Der fixierende Gipsverband bleibt 6 Wochen liegen; eine Nachbehandlung ist nicht nötig. H. macht noch auf eine sekundäre kompensatorische Belastungsdeformität im Knie aufmerksam, die sich bei stärkeren Hüftadduktionskontrakturen nicht selten findet und bisher nicht beschrieben ist, nämlich ein statisches Genu valgum, das nach Beseitigung der Hüftkontraktur erst in die Augen springt und unschwer durch einen redressierenden Gipsverband zu heilen ist.

8) Herr Becher: Über neuere Bestrebungen auf dem Gebiete der Skoliosenbehandlung.

B. stellt einige Fälle schwerster Skoliosen III. Grades vor, die mittels forcierter Extension im Wullstein'schen Apparat behandelt worden sind. Die Art der Behandlung ist folgende: Vorbereitende Extensionskur im Apparat einige Wochen bis Monate lang, dann Anlegen des Kopf und Rumpf umschließenden Gipskorsetts. Abnahme desselben nach 8—12 Wochen und sofortiges Anlegen eines zweiten unter erneuter Extension. Letzteres bleibt ½ Jahr und länger liegen. Dann Herstellung eines Hessing'schen, abnehmbaren Korsetts mit Kopfstütze, für die Nacht Gipsbett. Nachbehandlung mittels Massage und Gymnastik. Das erreichbare Resultat ist folgendes: Verlängerung des Pat. um 6—12 cm. Aufheben der seitlichen Verschiebung des Rumpfes gegen das Becken, geraderer Verlauf der Dornfortsatzlinie, Abflachung des Rippenbuckels.

9) Herr Rauenbusch demonstriert kurz eine Anzahl von Röntgenaufnahmen spondylitischer Wirbelsäulen.

Bruno Wolff (Berlin).

---

16) **O. Bender. Beiträge zur Geschwulstlehre.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 316.)

B. beschreibt eingehend den von ihm im Leipziger pathologischen Institute studierten histologischen Befund von zwei Geschwülsten, die operativ von Prof. Kölliker gewonnen waren.

In Fall I handelt es sich um die kindskopfgroße, binnen 7 Jahren herangewachsene Brustdrüsengeschwulst einer 57jährigen Frau, welche sich als solides Adenom mit Cystenbildung und schleimiger Entartung erwies. Es finden sich Drüsenschläuche in ödematös-schleimigem Stroma. Eine Tunica propria fehlt meist; am interessantesten ist die sehr wechselnde Form der Drüsenepithelzellen: zylindrisch, kubisch, rundlich, spindlig, sogar sternförmig, vielfach mit langen Fortsätzen. In dem wuchernden Epithel der Drüsenschläuche ist die einzig treibende Kraft bei Entstehung dieser Geschwulst zu suchen.

Fall II ist ein rezidivierendes Lipomyxom der Achselhöhle, das nach mehrfachen gründlichen Exstirpationen immer wieder am alten Standorte sich einstellte. Der grobe Bau ist traubenförmig, polypös, viele Knollen, Trauben und Träubchen

von Entenei- bis Stecknadelkopfgröße zeigend. Auch hier ist die wechselnde Form der Geschwulstzellen bemerkenswert. Man findet vakuoläre Zellen (junge bezw. »embryonale« Fettzellen), weiter vakuoläre Zellen mit kleinen und größeren Fettropfen, schließlich ausgebildete Fettzellen. Zum Teil zeigen die jungen Fettzellen Übergänge zu Schleimzellen. — Ähnliche, in der Literatur beschriebene Lipomyxome mit seinem Falle vergleichend, führt B. aus, daß in letzterem sowohl das Lipom- wie das Myxomgewebe aus den erwähnten embryonalen vakuolären Zellen hervorgegangen zu sein scheint.

Vier genaue mikroskopische Figuren von starker Vergrößerung sind der Arbeit beigegeben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

17) **L. Cardénal.** À propos d'un cas de pseudo-leucémie.

(Arch. internat. de chirurgie Vol. I. Fasc. 2.)

Es handelt sich um ein 8jähriges Kind, das von Kocher wegen einer Drüsengeschwulst am Halse, die den Eindruck einer Adenitis tuberculosa machte, operiert worden war. Die Blutuntersuchung zeigte, daß ein Fall von Pseudoleukämie vorlag.

3 Monate nach der ersten Operation wurde ein Rezidiv entfernt mit dem Erfolge, daß das Kind vollkommen gesund wurde. Bereits 3 Wochen nach der zweiten Operation zeigte das Blut wieder fast normale Beschaffenheit, die auch noch 1 Jahr später vorhanden war.

Das besondere Verhalten der verschiedenen Blutelemente vor und nach den operativen Eingriffen ist in ausführlichen Tabellen von dem Verf. niedergelegt worden, die im Original studiert werden müssen. **Engelmann** (Dortmund).

18) **Beck.** On an aggravated case of aneurysma racemosum.

(Annals of surgery 1903. Oktober.)

Das infolge eines Steinwurfes entstandene Aneurysma dehnte sich über Stirn Schläfe und Nase aus. Die Kompression der Carotis übte keinen Einfluß auf seine Pulsation aus. Nach Unterbindung der Artt. temporales, frontales und angulares und Umstechung der das Aneurysma umgebenden Weichteile wurde das letztere exstirpiert. Der Blutverlust war trotz sorgfältiger Digitalkompression ein recht erheblicher. Das Aneurysma selbst war ein kavernöses und venöses. Intima und Media der erweiterten Venen waren zu einem Stücke verschmolzen, die Adventitia bestand aus zwei Schichten, deren innere hauptsächlich aus Muskelzellen, deren äußere aus fibrösen Fasern bestand; zwischen beiden Schichten lag eine schmale Zone elastischen Gewebes. **Herhold** (Altona).

19) **Fleischl.** Über das arterielle Rankenangiom des Ohres.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 35.)

Bei dem beschriebenen Falle, bei einem 36jährigen Manne, war der Ursprung gegeben in einer angeborenen stecknadelkopfgroßen Blutgeschwulst an der rechten Ohrmuschel. In der Pubertätszeit keine Vergrößerung, erst seit 5—6 Jahren zeitweilige, mäßige Blutungen auf kleine mechanische Anstöße, seit 2 Jahren rasches Wachsen bis auf dreifachen Umfang der Ohrmuschel; das Ohr wackelt hin und her. Operation: Bogenschnitt hinter dem Ohre mit Unterbindung oder Umstechung sämtlicher Gefäße, Unterbindung der Art. auricularis posterior dicht am Abgange von der Carotis. Unterbindung der Art. auricularis anterior. Die Pulsation hörte auf. 15 Paquelinstichelungen des Gewebes, 13 vorn, 2 hinten. Glatte Heilung. Die Paquelinstichelungen des Gewebes und der kleinen Ohrgefäße sollen nur nach vollkommener Unterbindung der Blutzirkulation vorgenommen werden zur Verhütung von Nachblutungen. **Herm. Frank** (Berlin).

20) **Wieting und Raif Effendi.** Zur Tuberkulose der knöchernen Schädeldecke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 123.)

W. hat in seiner Tätigkeit am kaiserl. ottoman. Hospital Gülhane in Konstantinopel ein sehr großes Tuberkulosenmaterial, wobei Infektionen am Knochen-



system und Nahrungskanal häufiger zu sein scheinen als Lungenerkrankungen, ein Umstand, der vielleicht mit der Ernährungsweise des Volkes (vorzüglich vegetabilische Kost) im Zusammenhange steht, ebenso wie die oft beobachtbare schlechte Kallusbildung bei Knochenbrüchen. In einem einzigen Jahre kamen zehn Fälle der gewöhnlich als ziemlich selten angesehenen Schädeltuberkulose vor, und nachdem Verff. die Krankengeschichten dieser Fälle mitgeteilt, geben sie eine allgemeine Besprechung dieser Affektion.

Im Berichtsmateriale sind die Kinder stärker vertreten: sechs Fälle betreffen das 3.—10. Lebensjahr, die anderen vier verteilen sich auf das 14.—40. Jahr. In sechs Fällen stellt die Schädeltuberkulose die einzige Krankheitslokalisation vor, von einer schweren Allgemeintuberkulose ist nur zweimal zu reden. Die erste Virusansiedlung findet meist in der Diploe statt, weshalb diploereiche Knochen prädisponiert sind. Örtliche Knochennekrose, peripherisch weiterschreitend, sodann Perforation der äußeren oder inneren Schädeltafel, Bildung von Abszessen bezw. Granulationsablagerungen sind die weiteren Krankheitsmerkmale. Und zwar handelt es sich auf der Tabula interna zumeist um Bildung von Granulationspolstern, die die Dura decken, während auf der Externa sich Abszesse bilden, die zunächst das Periost abheben, das, stark gespannt, nur undeutlich Fluktuation merken läßt. In diesem Stadium ist die Unterscheidung von Lues häufig schwierig und nur durch Versuch einer antisyphilitischen Kur stellbar. Erst wenn auch das Perikranium perforiert und die Haut durch den Eiter gehoben ist, stellt sich der deutlich fluktuierende Abszeß ein. Spontanheilungen kommen vor, und finden sich die Anzeichen solcher auch in dem Berichtsmaterial. Im allgemeinen aber bedarf die Schädeltuberkulose der operativen Behandlung, und zwar einer gründlichen. Bei Freilegung des Knochens ist mit Rücksicht auf spätere Knochenregeneration das Periost sorgfältig zu schonen, der kranke Knochen ist ergiebig wegzumeißeln, bei perforierender Erkrankung am besten $^1/_2$ cm weit im Gesunden. Tuberkulöse Granulationen auf der Dura werden gründlich exzidiert usw. Die Aussichten auf spontanen knöchernen Ersatz von Knochendefekten sind gerade bei dieser Erkrankung ziemlich günstig, immerhin wird in einzelnen Fällen an plastische Operationen zu denken sein. In einem Falle der Verff. wurde die Deckung eines kleinhandtellergroßen Defektes mittels eines Stückes ausgekochtem Hammelschulterblatt versucht, leider ohne Erfolg.

In dem Berichtsmateriale sind sowohl nur klinisch beobachtete, unaufgebrochene wie abszedierte, fistulöse, als auch operativ behandelte Fälle vertreten. Die Aufzeichnungen geben gute Paradigmen für die verschiedenen Bilder und Stadien der erörterten Affektion. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

21) **Blecher.** Über Cholesteatome (Epidermoide) der Schädelknochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 353.)

Cholesteatome bezw. Epidermoide der Schädelknochen, abgesehen von dem mit Otitis in Zusammenhang stehenden Cholesteatom des Schläfenbeines, sind sehr seltene Erkrankungen. B. referiert drei ältere Fälle, in denen das Stirnbein affiziert war und die vorgenommene Operation Heilung brachte.

Selbst hat er an einem 23jährigen Soldaten eine einschlägige Beobachtung nebst glücklicher Operation gemacht. Derselbe war angeblich als Kind auf die linke Kopfhälfte gefallen und hatte seitdem daselbst eine kleine Geschwulst bemerkt, die, seit kurzem gewachsen, außer geringfügigen Kopfschmerzen Beschwerden beim Helmtragen machte. Befund: Auf dem linken Scheitelbein eine hühnereigroße, fluktuierende Geschwulst, von einem Knochenwall umgeben, nicht pulsierend, durch Druck nicht zu verkleinern. Bei der Operation Schnitt auf den Knochen, beim Versuche, den gebildeten Haut-Periostlappen von der Geschwulst abzulösen, reißt die Geschwulstwand ein, und es zeigt sich eine trockene, weißliche Masse, welche aus großen, zwiebelartig geschichteten Lamellen besteht. Im Schädelknochen eine große Höhle, nach dem Hirn zu bauchig vorgetrieben und eine pfennigstückgroße Lücke zeigend. Die Höhle ist austapeziert mit einer zarten, bläulichweißen Haut, die sich nur stückweise mit Pinzetten und scharfem Löffel

entfernen läßt. Naht, Verband, Eiterung per primam. Noch nach Jahresfrist völlige Gesundheit, flache Knochendelle noch vorhanden, aber keine Lücke im Knochen fühlbar. Histologisch zeigte die Balgmembran der Geschwulst außer einer Bindegewebshülle einen geschichteten Zellenbau, durchaus entsprechend der Epidermis, aber ohne Papillen (vgl. zwei Abbildungen im Originale).

Nach den bisherigen Erfahrungen zeigen sich die Schädelknochenepidermoide als sehr langsam verlaufende, geringe Beschwerde machende, mithin, zumal die Operation gute Resultate hatte, gutartige Geschwülste. Differentialdiagnostisch kommen Encephalo- und Meningokelen, sowie bösartige Geschwülste in Betracht. Bei Aufbruch und Vereiterung kann Karies vorgetäuscht werden. Bei der Operation kann, falls die Schädelkapsel ausgedehnt usuriert ist, eine Knochenplastik ratsam werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

22) **L. Morquio.** Un caso de meningitis aguda, curada completamente.

(Revue med. del Uruguay 1903. Nr. 5.)

Mitteilung eines Falles von sehr schwer verlaufender akuter Meningitis bei einem 4jährigen Mädchen, welche 4 Tage nach Ablauf einer Bronchopneumonie einsetzte und nach fast 4 Wochen zu vollständiger Heilung kam. Die Diagnose wurde durch die vorgenommene Punktion des Rückenmarkkanales gesichert. In der Punktionsflüssigkeit fanden sich sehr wenige Lymphocyten, viele Leukocyten, darunter eine große Anzahl polynukleäre. **Stein** (Wiesbaden).

23) **H. Levi.** Zur Kenntnis der zirkumskripten Rindenläsionen in der motorischen Region beim Menschen. (Aus dem Marienhospital Stuttgart, Prof. A. Zeller.)

(Neurologisches Zentralblatt 1903. Nr. 20.)

Einem 28jährigen Manne wird ein im Griff feststehendes, 1,5 cm breites Messer auf der Höhe des rechten Scheitelbeines in den Kopf gestoßen. Er läuft auf die Straße, wo ihm auf seine Bitte das Messer aus dem Schädel gezogen wird, während ihn zwei Personen halten. Ob die Spitze dabei abgebrochen, weiß man nicht. Nach der Entfernung ergießt sich ein Blutstrahl, und alsbald sinkt der linke Arm schlaff herab. 2 Stunden später treten leichte Hirndruckerscheinungen auf, der Verletzte verliert, während er über Kopfschmerz und Schwindel klagt, plötzlich das Bewußtsein. Ummeißelung der Stichöffnung im Knochen zeigt einen glatten Schnitt in der Dura und nach deren Spaltung einen 4 cm langen Stichkanal im Gehirn. Messerspitze fehlt. Der Stich saß zweifellos in der motorischen Beinregion. Es bestand jedoch in erster Linie totale motorische Armlähmung, und zwar letztere vom Augenblicke der Entfernung des Messers an; offenbar war infolge des Hinundherhebelns dabei eine subkortikale Schädigung entstanden. Die neurologisch wichtigen Symptome faßt L. wie folgt zusammen:

1) Störungen der Motilität, und zwar:

a. Völlige Lähmung der oberen Extremität durch einen auf den Stabkranz sich beschränkenden Herd und Parese des Beines bei mäßig ausgedehnter Zerstörung seines Rindenzentrums; b. Reizerscheinungen, Spasmen, welche rückbildungsfähig sind.

2) Störungen der Sensibilität:

a. In erster Linie des Muskelsinnes und des stereognostischen Sinnes; b. weiterhin auch des Lokalisationsvermögens, der Tast-, Temperatur- und der Schmerzempfindung.

3) Ataxie, am wenigsten rückbildungsfähig.

4) Frühzeitige Muskelatrophie in dem paretischen Beine, abhängend von dem zerebralen Herde (!).

Die Hirndrucksymptome waren offenbar lediglich durch das der Verletzung folgende Ödem bedingt.

Der Verlauf der Wundheilung war ein glatter. **P. Stolper** (Göttingen).

24) **Klink.** Dämmerzustand mit Amnesie nach Hirnerschütterung.

(Ärztliche Praxis 1903. Nr. 15.)

Zwei wohlbeobachtete Fälle von Dämmerzustand nach Commotio cerebri mit sonst leichtem Verlauf mahnen zu größter Vorsicht bei der Beurteilung von Schädelverletzungen. In beiden Fällen war Hysterie, Epilepsie und Potatorium sicher ausgeschlossen. Bei einem 25jährigen Manne währte der Dämmerzustand nach einem Hufschlage gegen den Kopf 7 Stunden, die Dauer im zweiten Falle (58jähriger Mann, Fall auf den Hinterkopf) war nicht festzustellen, da hier zwischen Dämmerzustand und Erwachen eine ruhig verschlafene Nacht lag.

P. Stolper (Göttingen).

25) **Wiesinger.** Intrakranieller Echinokokkus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 49.)

Ein 21jähriges Mädchen zeigte außer Symptomen, die auf ein intrakranielles Leiden hinwiesen (Stauungspapille, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Skotome in der Gegend der Macula lutea beiderseits), auf der rechten Seite des Kopfes, dem Hinterhaupte fest anliegend, eine faustgroße, fluktuierende Geschwulst, die sich bei der Operation als eine der rechten Hinterhauptsschuppe aufliegende Echinokokkuscyste erweist. Der Knochen war in der Ausdehnung eines 5-Markstückes von Periost entblößt. Obwohl keine Kommunikation mit dem Schädelinnern vorzuliegen schien, wurde doch der Knochen entfernt, und es zeigte sich die Dura mit Echinokokkusblasen dicht besetzt bis über den Sinus sagittalis hinaus nach links und bis zum Processus mastoideus rechts. Ebensoweit wurde der Knochen entfernt. Heilung und bedeutender Rückgang der Sehstörungen.

Borchard (Posen).

26) **Schulze-Berge.** Über Heilung Jackson'scher Epilepsie durch Operation.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 1.)

Verf. veröffentlicht die Krankengeschichten von drei Pat., welche schon längere Zeit durch Operation von ihrer Epilepsie geheilt sind. In einem vierten Falle war der Eingriff ohne Erfolg. Dauernde Heilung wurde erzielt in einem Falle, wo das anatomisch, und in einem Falle, wo das elektrisch bestimmte psychomotorische Zentrum exstirpiert wurde. S.-B. hält es für wichtig, die Zentren tief, event. bis in die weiße Substanz zu entfernen, weil doch zweifellos die unter den Zentren gelegenen Leitungsbahnen nachher die Funktionen der Zentren übernehmen und die Aussicht, gesunde und bei der ursprünglichen Verletzung nicht geschädigte Hirnsubstanz zurückzubehalten, um so größer ist, je weiter man sich von der Gehirnoberfläche entfernt. In einem weiteren Falle wurde die Heilung der epileptischen Anfälle dadurch erzielt, daß der vorhandene Schädeldefekt verschlossen wurde. Trotz 8jährigen Bestehens dieses Defektes trat Genesung ein. Die Steigerung des intrakraniellen Druckes hält Verf. nicht nur für eine konstante Begleiterscheinung, sondern auch für einen wesentlichen Faktor bei der Auslösung und beim Ablaufe des epileptischen Anfalles. Die günstige Wirkung der Ventilbildung nach Kocher erklärt er dadurch, daß der Hirndruck nicht mehr zu der Höhe gebracht werden kann, die notwendig ist, um den epileptischen Kern zur Auslösung des Anfalles zu veranlassen. Für die Heilungsversuche Jonnescu's durch Sympathicusresektion kann sich S.-B. nicht erwärmen. Er glaubt, daß sie durch Atrophie der Gehirngefäße allmählich auch zu einem irreparablen Schwund der Gehirnsubstanz führen muß.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

27) **Ransohoff.** Fatal haemorrhage from trephining.

(Annals of surgery 1903. Oktober.)

Bei Schädeltrepanationen werden die Gefahren der Operation bedingt durch Chok und Blutungen. Statistisch weist R. nach, daß die Zahl der Todesfälle bei Schädeltrepanationen noch eine verhältnismäßig hohe ist. Gefährliche Blutungen können besonders dann eintreten, wenn eine Gehirngeschwulst die harte Hirnhaut

und usurierend den Knochen ergriffen hat, da gewöhnlich hierbei die Venen der Knochendiploe erweitert sind und bereits beim Durchsägen des Knochens gefährliche Blutungen einzutreten pflegen.

Als Verf. in einem Falle wegen Jackson'scher Epilepsie eine Schädeltrepanation vermittels der Sudeck'schen Fraise ausführte, trat eine so heftige Blutung aus dem Knochen ein, daß ihm die Pat. auf dem Operationstische zugrunde ging. Bei der Obduktion zeigte es sich, daß die Furche des Sinus longitudinalis sehr weit war, und daß in seiner Umgebung große Foramina lagen, durch welche die ziemlich stark erweiterten Duralvenen mit den Venen der Diploe in Verbindung standen. Auch die letzteren waren erweitert. Verf. glaubt, daß die ziemlich schnell gewachsene Geschwulst den Blutstrom im Sinus longitudinalis hemmte, und daß hierdurch in Verbindung mit dem intrakraniellen Drucke die Erweiterung der obengenannten Knochenvenen bedingt war. Eine Unterbindung der Carotis würde in dem vorliegenden Falle nach Verf.s Ansicht nichts genützt haben, da die Blutung von Anfang an zu profus auftrat. **Herhold** (Altona).

28) F. Kayser. Über primäre Schädelplastik durch Verlagerung reimplantierter Schädelbruchstücke zwischen die Lamellen der Schädelkapsel nebst kasuistischen und klinischen Bemerkungen zur Schädel- und Gehirnchirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 225.)

Mit vorzüglichstem Erfolge versorgte K. den schweren, komplizierten, durch Hufschlag entstandenen Schädelbruch eines Artilleristen. Es handelte sich um eine Wunde der Scheitelbeingegend mit eingedrückten Schädelfragmenten, zwischen welchen Gehirnsubstanz herausgequetscht und Haare eingeklemmt waren. Nach Entfernung der Fragmente sowohl der Tabula externa als derjenigen der Tabula vitrea, wobei eine Blutung aus einem Meningeazweige durch Tampon gestillt werden mußte, zeigen sich in der Tiefe die Hirnhäute völlig zerstört. Im Hirn selbst eine unregelmäßige Zertrümmerungshöhle, aus welcher kleine Knochensplitter, Haare und Blutgerinnsel entfernt werden müssen. Bei während dieser Eingriffe eintretenden heftigen Brechbewegungen preßt sich das Hirn stark in die Schädellücke, weshalb ein Versuch, diese zu decken, gemacht wird. Der größte Splitter der Tabula interna wird im queren Durchmesser zwischen Tabula externa und interna derart in die Diploe eingeführt, daß das ursprünglich parallel der Lambdanaht verlaufende Bruchstück jetzt parallel der Sagittalnaht verläuft. Um für die Einschiebung des Knochenstückes Platz zu machen, wurde auf beiden Seiten der überragende Teil der Tabula externa auf eine Strecke von 1 cm bis zur Tabula interna weggeschlagen. Lockere Tamponade, darüber Situationsnaht der Haut. Sehr guter Verlauf.

Beim ersten Verbandwechsel nach 4 Tagen sieht der eingelegte Knochensplitter frisch rot aus, blutet bei Ablösung des Tampons, nach weiteren 4 Tagen granuliert er, und 11 Tage später, währenddessen sich ein dünnes, halbpfennigstückgroßes Plättchen nekrotisch abgelöst hatte, ist er fest eingeheilt. Pat. wurde ca. 35 Tage nach dem Unfalle geheilt als Invalide entlassen. Auch hinsichtlich der Gehirnfunktion bezw. des Ausgleichs der zuerst vorhandenen Gehirnstörungen nahm der Fall einen sehr guten Ausgang, doch übergehen wir die diesbezüglichen, im Original ausführlich erörterten Details.

Das von K. eingeschlagene Verfahren bietet mehrfache Vorzüge. Als wahrscheinlich ist anzunehmen, daß die Einfügung der Vitreaplatte in die Diploe Knochenneubildung schon durch die starke, von ihr angeregte Durchblutung anregt; die feste Verankerung der Platte ferner garantiert eine nicht nachgebende Fixierung, während die völlig glatte Oberfläche des Glastafelfragmentes weder zu Reizungen, noch zu unerwünschten Verwachsungen Anlaß geben wird. Hirnvorfall wird verhindert und, wie K.'s Fall lehrt, ist das Verfahren auch bei Zerfetzungen der Hirnhäute ausführbar. Auf häufige Brauchbarkeit desselben ist deshalb zu rechnen, weil bekanntlich die Fragmente der inneren Knochentafel größer zu sein pflegen als die der äußeren. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) **O. Laubi.** Methode und Resultate der Ohrenuntersuchungen von 22894 Schülern der ersten Primarklassen der Stadt Zürich.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903. Nr. 13.)

Das interessante Resultat der mühevollen Untersuchung einer so großen Zahl von in die Schule eintretenden Kindern ist, daß bei 10,8% (11,2% männlichen, 10,4% weiblichen) der Untersuchten Anomalien des Gehörorgans gefunden wurden. Die Schwerhörigkeit war bedingt durch

Cerumen in	6,5%,
Tubenkatarrh in	51,1%,
Chronische Otitis med. in	5,4%,
Dysakusis in	14,4%,
Akute Entzündung in	0,4%,
Eiterungen in	2,4%,
Reste von solchen in	16,2%,
Varia in	0,4%.

P. Stolper (Göttingen).

30) **P. Mauclaire.** Hemiatrophie faciale traitée avec succès par les injections de paraffine.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 6.)

Der berichtete Fall ist bemerkenswert durch die Entstehungsweise und die Art des Leidens. Das jetzt 25 Jahre alte Mädchen ist gesund und wohlgebildet geboren, bekam nach 8 Tagen eine Eiterung mit starker Blutung in der linken Schläfengegend, welche zu einer vollkommenen Kiefersperre und Gelenkverwachsung mit nachfolgender Hemiatrophie führte. Dieser Gewebsschwund dehnte sich also vom Gesicht auf die ganze linke Körperseite aus ohne Beteiligung der Mobilität. Die Kiefersperre wurde mit Gelenkresektion, aber mit höchst mäßigem Erfolge angegriffen; es zeigte sich dabei, daß nicht das linke, sondern das rechte Gelenk knöchern verwachsen war. Sehr befriedigte dagegen der kosmetische Erfolg mit Paraffineinspritzungen (55° Schmelzpunkt) in 18 zum großen Teil allerdings mißglückten Sitzungen. Ein an falsche Stelle verlaufenes Paraffinklümpchen wurde wieder herausgeschnitten und gab Stoff zu mikroskopischer Untersuchung der Gewebsreaktion. Es zeigte sich dabei, daß das Paraffin sich in unzählige kleinere Hohlzellen verteilt hatte mit dazwischenliegenden Bindegewebsbälkchen, welche vermutlich (nach Ansicht des Verf.) den örtlich vorhandenen Bindegewebszügen entsprachen. Dazwischen aber spielen eigenartige Vorgänge, welche auf eine Art Phagocytose und Aufsaugung des Paraffins, das letztere durch Riesenzellenbildungen besorgt, hinweisen. **Herm. Frank** (Berlin).

Der V. internationale Dermatologen-Kongreß

findet in den Tagen vom ***12.—17. September 1904*** *in* ***Berlin*** *statt.*

Themata:

1. *Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien.*
2. *Syphilitische Erkrankungen der Zirkulationsorgane.*
3. *Die Epitheliome und ihre Behandlung.*
4. *a) Stand der Verbreitung und der Bekämpfung der Lepra seit der ersten Lepra-konferenz im Jahre 1897.*
   b) Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Lepra anaesthetica.

Vorträge und Demonstrationen sind bis spätestens zum ***1. Juli*** *anzumelden bei Sanitätsrat Dr.* ***O. Rosenthal, Berlin, W.,*** *Potsdamerstraße 121 p.*

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 6. **Sonnabend, den 13. Februar.** **1904.**

(Aus der kgl. chirurgischen Klinik und dem pharmazeutischen Institut zu Breslau, Prof. v. Mikulicz und Prof. Filehne.)

Über die Ausschaltung der schädlichen Wirkung des Pneumothorax bei intrathorakalen Operationen.

Von

Dr. Ferdinand Sauerbruch,
wissenschaftlicher Assistent der Klinik.

Im Oktober vorigen Jahres gab mir Herr Geh.-Rat v. Mikulicz die Anregung zu einer experimentellen Arbeit über die Möglichkeit, bei intrathorakischen Operationen die schädliche Wirkung des Pneumothorax auszuschalten. Er hatte dabei in erster Linie die transpleurale Ösophagusresektion im Auge, welche bisher sowohl am Menschen als auch im Tierexperiment die traurigsten Resultate ergeben hat. Eine der Hauptursachen der Mißerfolge war der mit der Operation verbundene Pneumothorax und die funktionelle Ausschaltung der unter dem atmosphärischen Druck kollabierten Lunge. Da bei Hunden die Resektion des unteren Ösophagusabschnittes fast immer zur Eröffnung der zweiten Pleurahöhle führt, so verendet ein großer Teil der so operierten Tiere noch auf dem Operationstische. Die Physiologen helfen sich bei intrathorakalen Operationen, so z. B. bei der Vagotomie, schon seit langem in der Weise, daß sie die kollabierten Lungen durch künstliches, rhythmisches Einpumpen von Luft (durch eine luftdicht abschließende Trachealkanüle) in Tätigkeit versetzen. Herr Geh.-Rat v. Mikulicz hat im vorigen Jahre auf diese Weise eine Reihe von Ösophagusresektionen am Hunde vorgenommen; die Resultate waren jedoch nicht befriedigend, so daß er diesen Weg als wenig aussichtsvoll ansehen mußte. Es lag nahe, die schädliche Wirkung des atmosphärischen Druckes auf andere Weise auszuschalten, und zwar durch Herstellung eines entsprechenden negativen Druckes in dem Teile des Operationsraumes, mit welchem die zu eröffnende Pleurahöhle in offene Verbindung zu treten hätte.

Ob dies praktisch durchführbar sein, ob es zum erwünschten Erfolge führen würde, war von vornherein recht fraglich. Meine Aufgabe bestand also darin, die physiologischen Vorbedingungen dafür zu studieren und zu finden, auf welchem Wege das Problem technisch am besten zu lösen sei.

Als physiologische Vorstudien machte ich zunächst Versuche an Kaninchen und Hunden über Blutdruckverhältnisse, Art und Größe der Respiration mit und ohne künstliche Atmung (d. h. Einpumpen von Luft in die Lungen nach Art der Physiologen).

Die bisherigen Publikationen über diese Fragen berücksichtigen, soweit ich ersehen kann, nicht genügend alle Momente, welche bei Pneumothorax mit und ohne künstliche Atmung schädlich wirken.

Ich betone als solche:

1) Die Abänderung des Atmungsmodus (Schwanken des Lungenvolumens zwischen vollständigem Kollaps und maximaler Blähung).

2) Das interstitielle Lungenemphysem als Folge des künstlichen Einpumpens der Luft in die Lungen.

3) Den enormen Wärmeverlust beim Pneumothorax, besonders bei künstlicher Atmung (bis zu 3° in einer halben Stunde).

4) Die Rückwirkung auf die Zirkulation.

5) Das Zurückbleiben eines Pneumothorax nach Aussetzen der künstlichen Atmung.

6) Die Notwendigkeit der Tracheotomie bei künstlicher Atmung und die durch diese event. bedingte Pneumonie.

7) Die Schwierigkeiten der Narkose, die sich beim Tiere allerdings mit dem Kionka'schen Apparate vermeiden lassen.

8) Die größere Infektionsgefahr der Pleura durch den ausgiebigen Luftwechsel im Pleuraraum.

Die Hauptschwierigkeit intrathorakaler Operationen nach den bisherigen Methoden liegt jedenfalls in der Verhütung bezw. Beseitigung des Pneumothorax und der schädlichen Wirkung der künstlichen Atmung. Herr Geh.-Rat v. Mikulicz betonte bei der Übergabe der Arbeit dieses Moment ausdrücklich und stellte mir speziell die Aufgabe, eine Methode zu finden, welche diese Übelstände vermeidet.

Der Pneumothorax wird dadurch bewirkt, daß die physiologisch unter negativem Druck stehende Pleuraoberfläche der Lunge plötzlich unter atmosphärischen Druck gesetzt wird. Um nun den atmosphärischen Druck bei der Eröffnung des Thorax auszuschalten, konstruierte ich zunächst einen ganz primitiven Apparat: Ein beiderseits offener Glaszylinder wurde auf beiden Seiten durch ein Stück Guttaperchapapier verschlossen. Auf der einen Seite befanden sich in dem Guttaperchapapier 3 Löcher (2 kleinere und 1 größeres), auf der anderen Seite nur ein größeres Loch. Durch die beiden größeren Löcher wurde das Versuchstier hindurchgezogen, so daß der Kopf auf der einen, Hinterbeine und Unterleib auf der anderen Seite heraussahen, während Thorax und obere Bauchgegend sich im Zylinder befanden. Nach Einbringung der nötigen Instrumente ging ich dann mit beiden Händen in die kleineren Löcher ein. Nachdem dann alle Öffnungen durch Gummibinden und Klebstoffe luftdicht abgeschlossen waren, wurde von einem Gehilfen mittels eines in das Innere des Zylinders führenden und ebenfalls luftdicht umschlossenen Drainrohres (Gummischlauches) Luft abgesaugt, so daß im Innern des Zylinders ein negativer Druck entstand, der einer Quecksilbersäule von ca. 10 mm Höhe entsprach. Nun eröffnete ich beiderseits den Thorax: Die Lungen kollabierten nicht, und die Atmung des Tieres ging ungestört weiter. Nach ca. 3 Minuten riß eine Stelle der Verschlußmembran, und unter forcierten Atembewegungen und Kollaps der Lungen trat der Exitus des Tieres ein.

Der Ausfall dieses Versuches ermutigte mich, einen Apparat von einem Mechaniker herstellen zu lassen, in welchem der Verschluß durch Gummipelotten nach demselben Prinzip bewerkstelligt wurde.

Darin stellte ich zahlreiche Versuche über die Möglichkeit der Thoraxeröffnung an. Die Versuche zeigten, daß es möglich ist, doppelseitig ausgedehnt den Thorax zu eröffnen, ja selbst Sternum und Rippen bis auf kleine Stümpfe an der Wirbelsäule abzutragen, ohne daß das Tier in seiner Atmung wesentlich behindert wurde.

Von der Konstruktion dieses Apparates, der nur physiologische Untersuchungen, aber keine exakte Ausführung von Operationen zuließ, war nur ein Schritt zur Herstellung einer Art Operationskammer, die ungehinderte Operationen nach chirurgischen Regeln gestattet. Ich ließ mir eine Kammer bauen von 1,5 m Länge, 1,0 m Breite und 1,30 m Höhe. Die Kammer ist aus festen, 2 cm dicken Brettern zusammengefügt, innen mit Blech ausgeschlagen, das an den Übergangsstellen verlötet ist, und oben durch eine dicke Glasplatte verschlossen. Die Tür, ca. 1,15 m hoch, 0,60 m breit, ist durch Gummieinlagen luftdicht verschließbar. An der der Tür gegenüberliegenden Wand befindet sich in Sitzhöhe ein kreisrundes Fenster von 55 cm Durchmesser, das durch eine Gummikappe mit zentraler Öffnung verschlossen ist. Durch diese Öffnung kommt der Kopf des Tieres, eine Gummimanschette der Öffnung umschließt luftdicht seinen (vorher rasierten) Hals.

Die Kammer bietet bequem Platz für den Operationstisch, auf dem der Rumpf des Tieres festgebunden wird, und zwei Sitzplätze zu beiden Seiten für Operateur und Assistent. Außerdem führen zwei ca. markstückgroße Öffnungen in die Kammer, von denen die eine mit einer Saugpumpe, die andere mit einem Ventil in Verbindung steht. Dieses Ventil läßt beim Absaugen der Luft durch die Saugpumpe stets soviel Außenluft nachströmen, daß in der Kammer ein konstanter und durch das Ventil regulierbarer Minusdruck erhalten wird.

Bei meinen Versuchen, die ich, dank dem liebenswürdigen Entgegenkommen des Herrn Geh.-Rat Filehne, im hiesigen pharmakologischen Institut anstellen konnte, wurde die Luft in der Kammer einmal in 4 Minuten ganz erneuert. Für Hunde mittlerer Größe fand ich als Optimum einen Minusdruck von 12—16 mm Hg. Der Aufenthalt in der Kammer wird von den beiden darin arbeitenden Personen — wir sind bis über 2 Stunden ununterbrochen in der Kammer gewesen — absolut gut vertragen. Auch Herr Geh.-Rat v. Mikulicz hat unter meiner Assistenz eine über eine Stunde dauernde Operation in der Kammer ausgeführt, ohne die geringste Belästigung zu empfinden.

Die Temperateur steigt allerdings stets um mehrere Grade (auf 22—23° C); einmal kam eine Temperatur von 29° C zustande. Natürlich nimmt auch der Feuchtigkeitsgehalt bedeutend zu. Diese Übelstände werden sich durch Konstruktion größerer Apparate für Operationen am Menschen vermeiden lassen.

Die bisher in meiner Kammer an Tieren ausgeführten Operationen (Ösophagusresektion, Lungenresektion, Eröffnung des Perikardiums und des Mediastinums) lassen, wie ich glaube, die Möglichkeit der Ausführung dieser Operationen auch beim Menschen, unter Vermeidung der oben angeführten schädlichen Momente, bei intrathorakalen Eingriffen erhoffen.

Um nur ein Beispiel zu erwähnen, wieweit man mit chirurgischen Eingriffen gehen kann: Bei einem chloroformierten Hunde habe ich beiderseits eine große Lappenresektion beider Thoraxhälften ausgeführt, eine Ösophagotomie gemacht, das Perikardium und Mediastinum eröffnet. Nach Schluß der Wunden wachte das Tier aus der Narkose auf und lief noch einige Minuten umher. Daß das Tier am 2. Tage p. op. starb, ist erklärlich, da ohne aseptische Kautelen und ohne Rippennaht operiert wurde. Bei der Sektion kollabierten die Lungen bei Eröffnung der Pleurahöhlen wie unter normalen Verhältnissen und zeigten keine Atelektasen.

Man kann bei einem Tiere beiderseits die Lunge bis zu $^2/_3$ exspektorieren; sie fallen nicht zusammen, sondern behalten ihren normalen Umfang, und die Atmung bleibt ausreichend.

Gleichzeitig mit dieser kurzen vorläufigen Mitteilung ist eine größere Arbeit über die physiologischen Grundlagen dieser Methode fertig geworden, die anderwärts demnächst erscheinen wird.

Über die Ausführung der verschiedenen chirurgischen Operationen in meiner Kammer behalte ich mir weitere Publikationen vor.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Geh.-Rat v. Mikulicz, danke ich verbindlichst für die Anregung zu dieser Arbeit, Herrn Geh.-Rat Filehne für die liebenswürdige Erlaubnis, in seinem Institut die Versuche ausführen zu dürfen.

Breslau, 25. Januar 1904.

---

1) **Auzoletti.** Intorno al potere dei muscoli nel determinare la forma delle ossa.

(Arch. di ortopedia 1903. Nr. 4.)

A. polemisiert gegen Hirsch, welcher (die mechanische Bedeutung der Schienbeinform, Berlin 1895) behauptet hatte, daß die Form der Knochen durch die Muskulatur nicht beeinflußt werde.

Allerdings üben lange Muskeln, welche über mehrere Gelenke hinweggehen, wie der Biceps brachii, keinen Druck auf den Knochen aus, heben sich vielmehr bei der Kontraktion von ihm ab, anders aber kürzere, von Fascien gegen den Knochen niedergedrückte oder zwischen Knochen liegende. Das Hervorquellen von Muskeln nach Einschneiden oder Einreißen der Fascie, wie man es z. B. am Vorderarm und Unterschenkel sieht, deutet auf Druckverhältnisse, welche nicht nur von den Fascien, sondern auch vom Knochen aufgenommen werden. Als lebende Substanz antwortet er darauf. Ebenso

wie die Ausbildung von Cristae und Lineae asperae auf Zug der sich an ihnen ansetzenden Muskeln bezogen werden, oder wie, was Hirsch selbst hervorhebt, die Sehnenrinnen an den Malleolen dadurch entstanden sind, daß an dem die Sehnen überdeckenden Ligament bei der Anspannung die Sehnen nach außen gedrängt werden und dadurch am Knochen ein Zug stattfindet, ebenso kann auch umgekehrt Druck auf den Knochen formgebend wirken. Allerdings in beiden Fällen nicht rein physikalisch, sondern der von den lebenden Teilen empfundene Zug und Druck wird mit bestimmtem Wachstum beantwortet. Die so zustande gekommene Anpassung ist durch Vererbung fixiert worden. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

2) **M. Matsuoka.** Über die Bedeutung der Knorpelbildung nach Fraktur.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 13.)

M. berichtet ziemlich kurz über Frakturexperimente, die er an den Flügel- und Beinknochen von Tauben gemacht hat. Als besonders wichtige Ergebnisse derselben hebt er folgende Sätze hervor: 1) Die Knorpelbildung erscheint fast immer im Anfangsstadium der Frakturheilung. 2) Das Auftreten derselben finde ich im äußeren Periostkallus, aber nicht an bestimmten Stellen. 3) Bei Fixation resp. Verbandanlegen verschwindet das Knorpelgewebe etwas früher. Wenn wir die Aneinanderfügung der Bruchenden genau ausüben und darauf den gut angepaßten Verband anlegen, können wir die Kallusbildung ohne Knorpelzone erzeugen. 4) Dem, daß die Bewegung der Bruchstückchen selbst keine direkte Ursache der Knorpelbildung ist, entspricht auch die Tatsache, daß in Fällen, wo beide Bruchenden durch neugebildetes Kallusgewebe oder durch den Verband fixiert werden, reichliche Mengen von Knorpelbildungen vorhanden sind. — Der zur Beobachtung gelangte Knorpel war immer von hyaliner Natur. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

3) **N. Damianos.** Die v. Mosetig'sche Jodoformknochenplombe und ihre Anwendung bei der Osteomyelitis.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 27—30.)

Verf. bespricht nochmals in einem Vortrage die in der Überschrift genannte Operationstechnik seines Chefs. Es wird jeden, der selbst die Mosetig'sche Plombe angewandt hat, in Erstaunen setzen, daß über 150 Fälle berichtet wird, in denen das Plombierungsverfahren auch nicht einmal versagte. Dieser schöne Erfolg ist der streng ausgebildeten Technik zu danken, verbunden mit strenger Indikationsstellung, beides hinreichend bekannt aus des Erfinders Originalmitteilungen. Neu ist wohl in dem vorliegenden Aufsatze der Vorschlag, die Blutung aus der gereinigten und ausgetrockneten Wunde dadurch definitiv zu beseitigen, daß für einige Minuten ein

Adrenalintupfer eingelegt wird. Interessant ist ferner, daß doch gelegentlich für die erste Zeit über der Jodoformplombe ein kleiner Tampon eingelegt werden kann, und daß auch zeitweise in der Wunde freiliegende Plomben nicht ausgestoßen werden, sondern noch einheilen, und ebenso, wie die anderen später resorbiert werden können.

Verf. erörtert dann noch das hinreichend bekannte Bild der akuten und chronischen Osteomyelitis. v. Mosetig wendet gern Lappenschnitte dabei an. Bei chronischer Osteomyelitis kann die Plombe primär eingelegt werden, bei der akuten erst nach einigen Wochen.

Schmieden (Bonn).

---

4) **Gossner.** Über Geräusche an Gelenken nebst einigen therapeutischen Bemerkungen.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1903. Hft. 11.)

G. hat unter Kontrolle des Röntgenbildes eine Anzahl von Gelenkerkrankungen auf die bei denselben vorkommenden verschiedenartigen Geräusche geprüft. Er bespricht die bei Knochenbrüchen, Verrenkungen und Verstauchungen einzelner Gelenke fühlbaren Geräusche. Wenn er auch nicht glaubt, daß man infolge der Verschiedenartigkeit und infolge der oft physiologisch vorkommenden Gelenkgeräusche immer bestimmte Schlüsse auf die Ursache derselben ziehen könne, so kommt er doch zu dem nachfolgenden Ergebnis seiner Beobachtungen: Im allgemeinen scheint die Gleichmäßigkeit und flächenhafte Ausbreitung der Geräusche gegen eine Gelenkfraktur zu sprechen. Die feineren Geräusche des Samt- und Sandreibens entsprechen meistens in Resorption befindlichen Ergüssen oder fibrinösen Auflagerungen (Trockenheit der Synovialis! Ref.). Grobe, knarrende, wenigstens in gewissem Grade flächenhaft ausgedehnte Geräusche entstammen meist Schleimbeuteln. Gröbere vereinzelte Reibegeräusche, die nicht bei jeder Bewegung entstehen, lassen den Verdacht von Knochenbrüchen aufkommen. Die seltenen dumpfen Stoßgeräusche setzen Auseinanderdrängungen der Gelenkenden durch Ergüsse oder Erschlaffung der Bänder voraus. Lokalisierte knirschende Geräusche sprechen für Auflockerungen, Verdickungen der Kapsel. Oberflächliche, grobe, vereinzelte, knackende Geräusche finden sich auch an ganz gesunden Gelenken (Sehnenknacken). Nach des Ref. Ansicht kommt es für die richtige Deutung der Geräusche an Gelenken auch vor allem darauf an, daß man den anatomischen Sitz des Geräusches genau feststellt.

Herhold (Altona).

---

5) **H. Spitzy.** Zur chronischen Arthritis des Kindes.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XI. Hft. 4.)

Die vorliegende Arbeit behandelt in ausführlicher Weise einen Stoff, mit dem sich die Orthopädie noch wenig befaßt hat, obwohl sie an dem Ausbau der Therapie des Leidens in hervorragender

Weise Anteil zu nehmen berufen ist. Die Arbeit bedeutet demnach eine wertvolle Bereicherung der Literatur. Verf., dem die Literatur schon eine Arbeit über das gleiche Thema verdankt, verfügt über eine nicht geringe Erfahrung, die er in der chirurgisch-orthopädischen Abteilung der pädiatrischen Klinik in Graz (Prof. Pfaundler) und in der Klinik von Prof. Escherich (Wien) gesammelt hat. Seine Kasuistik umfaßt 17 Fälle, die klinisch genau untersucht und beschrieben sind. Seit der ersten Mitteilung von Cornile im Jahre 1864 waren bis jetzt nur etwa 30—40 Fälle in der Literatur bekannt geworden. Auch pathologisch-anatomische und bakteriologische Untersuchungen hat Verf. vorgenommen. Die Ergebnisse werden auf drei Tafeln illustriert. Außerdem finden sich im Texte 13 Abbildungen.

Die Definition der chronischen Arthritis überhaupt ist noch eine unsichere, weil viele verwandte Krankheitsbegriffe in Betracht zu ziehen sind, deren Zusammenfassung nach ätiologischen, klinischen und anatomischen Gesichtspunkten erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Neuerdings hat sich Přibram der Mühe unterzogen, die historische Entwicklung der verwandten Krankheitsbegriffe Arthritis chronica, Rheumatismus articulorum chronicus, Arthritis deformans usw. chronologisch zu ordnen, und außer von ihm ist hauptsächlich von Gilbert, Bannatyne und Rubinstein eine Klassifikation aller Krankheitsfälle versucht worden. Ferner hat Axel Johannessen sämtliche bekannte Literaturbehelfe zusammengestellt, um einigermaßen Klarheit zu bekommen. Auch Verf. faßt die hauptsächlichen, in der Literatur gewonnenen Punkte noch einmal kritisch zusammen, um dann folgende ätiologische Einteilung der Krankheitstypen in bezug auf das Kindesalter zugrunde zu legen: 1) Chronische Arthritis als Folgeerscheinung des akuten Gelenkrheumatismus (sekundärer Gelenkrheumatismus nach Přibram, Rhumatisme infectieux), 2) chronische Arthritis als Folgeerscheinung verschiedener Infektionskrankheiten (chronische Pseudorheumatismen oder Rheumatoide nach Přibram; Pseudorhumatisme infectieux), 3) die primäre chronische Arthritis.

Jede dieser Gruppen wird nach ihren klinischen Merkmalen genauer beschrieben, wobei einige charakteristische Typen besonders hervorgehoben werden, wie der zur letzten Gruppe gehörige Rheumatismus nodosus nach Přibram (Rhumatisme noueux). Letzterer zeichnet sich aus durch knotige Schwellung und eigentümliche Kontrakturstellung der Gelenke, besonders der Finger- und Zehengelenke, durch teigige Schwellung der Umgebung der Gelenke und durch Atrophie der Muskulatur. Die Prognose ist schlecht, obwohl das Herz nicht in Mitleidenschaft gezogen ist. In manchen Fällen ist die große Zehe abnorm lang und dick wie bei der Arthritis urica. Andere Formen etablieren sich mehr in den großen Gelenken, verlaufen gutartiger und langsamer usw.

In einem besonderen Kapitel bespricht Verf. den Verlauf an den einzelnen Gelenken und die pathologische Anatomie der chronischen

Arthritis des Kindes. Trotz der Verschiedenartigkeit der klinischen Bilder zeigen die Veränderungen bis zur ausgesprochenen Osteoarthritis deformans nur graduelle Unterschiede. Ferner wird die Differentialdiagnose, die Prognose und die Therapie erörtert. Den Schluß der Arbeit bilden die Krankengeschichten und ein ausführliches Literaturverzeichnis. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

6) **E. Boerner.** Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Lehre von den Gelenkmäusen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 363.)

B.'s fleißige Arbeit verwertet 28 Fälle von Gelenkmaus aus der Rostocker Klinik, deren genaue Krankengeschichte mitgeteilt wird. Besonderes Interesse beansprucht die in 19 Fällen sorgfältig vorgenommene mikroskopische Untersuchung, auf deren Resultat, da sie manches Neues bringen, zuerst eingegangen werden möge. Während Barth an Gelenkmäusen »normal lebenden« Gelenkknorpel beschrieben hat, fand B. den Knorpel mit Ausnahme nur eines Falles mit deutlichen, auf Nekrose zu beziehenden Degenerationszeichen behaftet. Wesentlich zeigen sich die Knorpelzellenkerne betroffen und im Zustande der Schrumpfung. Sie verlieren ihre Struktur, und ihre Chromatinkörnchen zerfallen. Dabei färben sich die verdichteten Kerne sehr gut, zum Teil abnorm tief. An den Zellen findet sich ferner Schwund des Protoplasmas, Fragmentation und Vakuolenbildung. Die Grundsubstanz war zum Teil faserig degeneriert, zum Teil waren keine Kapselräume zu erkennen, oder dieselben stark erweitert. Hiernach teilt B. die Ansicht Barth's, daß aus der Kernfärbbarkeit zu schließen sei, ob der Knorpel bei seiner Lösung von der Gelenkfläche gelebt habe, nicht. Übrigens konnte eine stets gleiche Beziehung zwischen dem Alter der Gelenkmaus und den regressiven Gewebsveränderungen nicht festgestellt werden. Die Veränderung der Knorpelzellenkerne wird mit Wahrscheinlichkeit auf die chromatinlösende Kraft der Synovia bezogen, in welcher ein Corpus liberum jedenfalls nur kurze Zeit seine Struktur intakt bewaren kann. Der knöcherne Teil der Gelenkkörper wurde stets zweifellos nekrotisch befunden. Sekundäre Wachstumserscheinungen wurden wiederholt angetroffen, und zwar in Gestalt von neugebildetem Faserknorpel und Bindegewebe, durch welches sich die Markräume der Knochentrennungsflächen abgeschlossen zeigten. Diese Ernährungs- bezw. Wachstumserscheinungen an den Körpern erklärt B. in den Fällen, wo die Absprengung des Körpers von seinem Mutterboden zunächst noch eine nur unvollkommene war, einfach durch Blutzirkulation in dem vorläufig noch nicht abgerissenen Verbindungsstiel, dagegen in Fällen, wo sofort eine völlige Absprengung stattfand, durch eine zeitweise Verwachsung des Sprengstückes mit der Gelenkkapsel, die zu Stoffwechsel Gelegenheit gibt (Barth). Zeichen entzündlicher Vorgänge im Sinne von König's Osteochondritis dissecans fand B. niemals.

Auch die klinische Seite der Gelenkkörperpathologie wird eingehend durchgesprochen. Im Gegensatz zu König und seiner Schule kann B., die Corpora mobilia bei Arthritis deformans ausgenommen, die Entstehung der freien Gelenkkörper sich nicht wohl anders denken, als durch ein Trauma. Meist ist solches in der Anamnese auch feststellbar, und man muß annehmen, daß unter Umständen schon ein sehr geringes Trauma zur Entstehung eines Corpus mobile hinreicht. Die Erfahrung hat gezeigt, daß die dann entstehende Fraktur zunächst noch eine unvollkommene sein kann, eine Stückfraktur, bei der der Körper noch mit wenigen geknickten Fasern dem Gelenkende anhaftet oder mit einem bindegewebigen Stiele im Grunde des Defektes noch fixiert ist, eine Art »Pseudarthrose«. Die völlige Lösung braucht nicht der Osteochondritis zugeschrieben zu werden, sondern läßt sich mit Völker so denken, daß die Bewegungen des Gelenkes die letzten Haftmassen zerstören. Eine praktische Bedeutung gewinnt die Frage der traumatischen Gelenkmausentstehung, wie B. hervorhebt und an Spezialfällen erläutert, durch die moderne Unfallversicherungsgesetzgebung, wobei bei Vorliegen zweifelhafter posttraumatischer Gelenkerscheinungen der Nachweis von Gelenkkörpern mittels Röntgen wichtige Ausschläge geben kann. Was die Einklemmungserscheinungen betrifft, so führt B. dieselben mit Schmieden der Regel nach auf Einklemmung zwischen Kapsel und Gelenkende zurück.

Abbildung eines interessanten Kniegelenkspräparates, welches Müller schon auf dem Chirurgenkongreß 1903 demonstrierte, ein paar Röntgenaufnahmen und mehrere kolorierte mikroskopische Figuren sind beigegeben. Zu erwähnen ist auch noch, daß im Eingang der Arbeit vier Fälle berichtet sind, wo bei der Operation statt der diagnostizierten Gelenkmäuse Lipome der Synovialis gefunden sind; in einem anderen fand sich ein Fibrom der Kapsel, in zwei weiteren endlich ein zerrissener Semilunarknorpel.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

7) **Haga** und **Fujimura.** Über Myositis ossificans traumatica (Reit- und Exerzierknochen).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 1.)

Verff. sind der Ansicht, daß die Myositis ossificans traumatica eine lokalisierte, auf traumatischer Basis beruhende Muskelentzündung mit deren Folgen ist. Der Muskel reagiert auf die Verletzung, erleidet eigenartige Veränderungen und verknöchert. Das Trauma kann einmalig oder wiederholt wirken. In frühen Stadien kann eine Rückbildung der Verknöcherung bei geeigneter Behandlung erfolgen. Die von ihnen gemachten Beobachtungen betrafen drei Bajonettierknochen, je einen Reit- und einen bei einem Militärschuhmacher entstandenen Knochen. Die Krankengeschichten sind ausführlicher mitgeteilt. Die mikroskopische Untersuchung gibt nur bei frischen

Fällen ein klares Bild. Das Bindegewebe ist in und zwischen den Muskelbündeln stark gewuchert und mit Rundzellen infiltriert. Die kontraktile Substanz der Muskelfasern schwillt an, verharrt in Kontraktur und geht zugrunde. An Stelle der zugrunde gegangenen Muskelfasern tritt junges, zellenreiches Bindegewebe, Keimgewebe, welches durch Wucherung des intramuskulären Bindegewebes hervorgegangen ist und das bei fortdauerndem Reiz die Neigung hat, im Gewebe bei gleicher Abstammung in Knorpel- und Knochengewebe sich umzuwandeln. Man unterscheidet drei Stadien, das der Entzündung, das der Keimgewebsbildung und schließlich das der Verknorpelung und Verknöcherung. Die näher geschilderten Befunde gestatten den Schluß, daß immer myogener Ursprung vorliegt, und daß der Prozeß nichts mit dem Periost zu tun hat. Die Ansicht, daß die Knochenneubildung von abgesprengten Periostteilen herrühre, beruht mehr auf theoretischer Erörterung als auf unmittelbarer Beobachtung. Verff. haben die Myositis ossificans auch experimentell durch Verletzung von Kaninchen hervorgerufen. Die Gewalteinwirkung mußte zur Erzeugung eine ziemlich heftige sein. Fälle der progressiven Form wurden in Japan nicht beobachtet.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

8) **Hoffa.** Technik der Massage. 4. Auflage.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1903. 88 S. mit 43 Abbildungen.

Verf. hat der neuen Auflage wiederum einige Zusätze, wo der augenblickliche Standpunkt der Wissenschaft und der Praxis es erforderte, hinzugefügt, ohne daß der Inhalt des Buches eine wesentliche Verschiebung erlitten hat. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

9) **Deneffe.** La méthode elliptique, les modes en y et losangique de Soupart.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belg. 1903. August.)

D. nimmt für Soupart, Professor an der Universität in Gent von 1835—1892, die Erfindung des elliptischen, Y-förmigen und rautenförmigen Schnittes in Anspruch, welche 1843—1845 in Form von Mémoiren — Nouveaux modes et procédés pour l'amputation des membres — der Akademie in Brüssel vorgelegt, aber schon etwa 5 Jahre vorher ausgeführt wurden. 1847 gab die Akademie Soupart's Methoden unter obigem Titel heraus, welche allzuwenig bekannt geworden sind.

Die Methoden eignen sich vorzüglich für Operationen an den Phalangen und an der Mittelhand und dem Mittelfuß, namentlich in solchen Fällen, wo die konservative Chirurgie zur Erhaltung von einzelnen Fingern und Zehen in ihre Rechte tritt. D. demonstriert 19 nach Soupart Operierte und weist an einer großen Zahl von Abbildungen nach, wie wichtig es ist, manchmal auch nur die

kleinsten Teile von Hand und Fuß zu retten. Die Resultate sind ausgezeichnet, die Arbeit von D. höchst beachtenswert.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

10) **J. Abadie.** De la luxation progressive du poignet chez l'adolescent.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 6.)

Ein jetzt 28jähriger Koch hat sich im Alter von 8—9 Jahren durch einen Sturz vom Baum eine Verletzung des linken Vorderarmes zugezogen, in deren Gefolge eine allmählich sich immer stärker ausprägende Verrenkung des Handgelenkes nach der Beugeseite ausgebildet hat. Gleichzeitig findet sich eine beträchtliche Verkürzung des Vorderarmes und eine Exostose am Radius, aber die Gebrauchsfähigkeit der Hand hat so gut wie gar nicht dabei gelitten. Diese genauer mitgeteilte Beobachtung hat dem Verf. Veranlassung gegeben, die bisher unter sechs verschiedenen Namen bekannt gegebenen hierhin zusammengehörigen Fälle zusammenzustellen und auf ihre Eigenart zu prüfen. Allen gemeinschaftlich ist morphologisch die Verrenkung des Ellknochens, sei es nach der Streck- oder Beugeseite; dann scheiden sich die Fälle danach, ob die Speiche ihre Beziehungen zum Handgelenk behält oder ihre normale Stellung dazu verliert. Daneben kommen noch allerlei besondere Eigenheiten, sonstige Knochengestaltabweichungen, Verkrümmungen, Auftreibungen, Verkürzungen u. dgl. Das Bezeichnende des Leidens sieht Verf. darin, daß in der höheren Wachstumsperiode im Alter von 12 bis 15 Jahren das Handgelenk der Sitz einer zunehmenden Formstörung werden kann, die auf verschiedene Schädigungen zurückgeführt werden muß. In der Literatur weiß man jetzt schon von 75 Fällen, wobei die Familienstatistik der Guépin'schen Kranken (Mutter, die Onkel und Tanten, 8 Geschwister, eine Nichte) nicht mitgezählt sind. Von 39 geschlechtsbekannten Fällen betreffen 31 Frauen, 8 Männer; die Madelung'schen Angaben finden also hierin ihre weitere Bestätigung, dagegen nicht ganz die über die Ein- oder Doppelseitigkeit; doppelseitig hat Verf. 19 (+ 25 von Féré erwähnten Epileptischen), einseitig 15 gefunden. Bezüglich des traumatischen Einflusses auf die Entstehung des Leidens, welcher für Madelung nur in der Form der Überanstrengung des Gelenkapparates durch fortgesetzte — berufliche — Inanspruchnahme in forcierter Haltung gegolten hat, hat Verf. festgestellt, daß doch in einer ganzen Reihe von Fällen (von 38 siebenmal) ein einmaliges, meist allerdings leichtes Trauma dem Leiden vorausgegangen ist, so daß man ihm doch für gewisse Fälle eine Vorschub leistende Rolle zuschreiben muß.

Die Symptomatologie von Madelung hat sich im großen und ganzen bestätigt gefunden. In betreff der Pathogenie findet Verf., daß von den zahlreichen Theorien keine für alle Fälle paßt, daß die Hypothese des Spätrachitismus doch der größeren Menge der Fälle zu entsprechen vermag.

Der Abhandlung ist eine, wie es scheint erschöpfende Bibliographie und eine tabellarische Aufstellung von 40 Fällen, geordnet nach Analyse der Symptome, Verlauf, Behandlung, Theorie usw. angehängt, wozu noch die in der Literatur nur kursorisch erwähnten Fälle von Verwandtschaft usw. kommen. **Herm. Frank** (Berlin).

---

11) **R. Wolff.** Ist das Os naviculare bipartitum und tripartitum Gruber's das Produkt einer Fraktur? Nebst Mitteilung eines Falles angeborener beiderseitiger Teilung des Naviculare carpi.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 254.)

Die schon früher von W. veröffentlichte Ansicht, daß das Os bipartitum und tripartitum naviculare der Anatomen im allgemeinen nicht als wahre anatomische Varietät, sondern als Produkt einer Fraktur anzusehen sei (vgl. dieses Blatt 1903 p. 1379), wird in vorliegender Arbeit eingehend begründet. Insbesondere werden die interessierenden Beobachtungen Gruber's und Pfitzner's genau kritisch revidiert, wobei nur sehr wenig Fälle übrig bleiben, die sich allenfalls als nicht traumatisch erklären lassen. W. führt aus, daß wenn die fraglichen Schiffbeinteile als selbständige Knöchelchen gelten sollen, sie an ihren Berührungsflächen deutlichen Knorpelüberzug haben müßten, ein Nachweis, der in den von den Anatomen beschriebenen Fällen so gut wie nie geleistet ist. Auch die Weichteilverbindung der Knochenstücke unter sich entsprach, soweit überhaupt darauf geachtet ist, mehr einer Pseudarthrose als einer gelenkigen Verbindung, und ob an den betreffenden Extremitäten noch anderweitige Verletzungen, namentlich ein Bruch der Radiusepiphyse vorhanden war, ist auch nicht festgestellt. Das Resultat der Kritik, deren Détails im Original eingesehen werden mögen, geht dahin, daß jedenfalls die Häufigkeit des Naviculare carpi partitum viel geringer anzusetzen ist, als sie Pfitzner (auf $^1/_2$% für vollständige Teilung, auf 2—3% für partielle Spaltung) berechnet hat. Sie muß vielmehr nach den Ergebnissen der Röntgendurchleuchtung von sicher hunderttausenden von Händen als extrem selten angesehen werden.

Der von W., wie er meint, sichergestellte Fall einer doppelseitigen Teilung des Knochens betrifft einen Phthisiker, der durch eine beiderseitige Atrophie des Daumenballens auffiel. Die elektrische Untersuchung ergab beiderseits Fehlen des Musc. opponens und abductor pollicis brevis. Die Röntgenaufnahme der Hände aber zeigte beiderseits das Vorhandensein von neun Handwurzelknochen, und entsprach das Bild völlig einer Zweiteilung des Kahnbeins an beiden Händen, die übrigens nicht ganz symmetrisch ist (vgl. die Abbildung). **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

12) **R. Wolff.** Die Erfahrungen über Handwurzelverletzungen verglichen mit den Ergebnissen der Varietätenstatistik an den Knochen der Handwurzel.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 289.)

Nachdem W. für das Kahnbein der Handwurzel überzeugend nachgewiesen hat, daß die Fragmentierung desselben in zwei oder drei Stücke häufig nicht auf natürlicher Bildung, sondern auf ungeheilter Fraktur beruht, führt er in dieser Arbeit aus, daß auch an den übrigen Karpalknochen von den Anatomen als überzählig beschriebene Knöchelchen unter Umständen wohl als Resultate von Frakturen und Absprengungen zu deuten sein dürften. Er geht des näheren auf die von Pfitzner beschriebene Karpalknochenvarietäten ein. Namentlich die Begleitknochen des Mondbeines (Epilunatum und Hypolunatum) scheinen verdächtig, häufig traumatischen Ursprunges sein zu können, zumal Frakturen des Mondbeines schon exakt nachgewiesen sind. Dasselbe gilt von Teilungen am Os triquetrum (Frakturnachweis an demselben durch Oberst), sowie von dem Hakenfortsatz des Hakenbeines, der schon öfter bei sonstigen Veränderungen der Handwurzelknochen verletzt befunden ist. Auch an den Basen der Grundphalangen scheinen selbständig keilförmige vorkommende Knochenstückchen durch Fraktur entstehen zu können. (Beobachtungen von Oberst.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **Dartigues.** Fractures des métacarpiens.

(Bull. et mem. de la soc. anatom. de Paris Année LXXVIII. Nr. 7.)

Auf Grund von 7 Beobachtungen, wo durch Radioskopie die Diagnose bestätigt wurde, und die D. im Verlaufe weniger Monate sammeln konnte, stellt er folgende Sätze auf:

Brüche der Mittelhandknochen sind nicht so selten; systematische Durchstrahlung würde das bald erkennen lassen; wahrscheinlich sind sie meist indirekt erzeugt entgegen bisherigen Annahmen. Abnorme Beweglichkeit und Krepitation werden gewöhnlich vermißt, lokaler Schmerz hingegen wird durch Druck in der Achse zu erwecken sein. Endlich sei es nicht zutreffend, daß bei Brüchen nahe dem Metakapusköpfchen dies nach der Hohlhand vorspringt.

Christel (Metz).

---

14) **J. Scott.** Hammer-finger, with notes of seven cases occurring in one family.

(Glasgow med. journ. Bd. LX. p. 335.)

S. betont die Erblichkeit und das familiäre Auftreten der beschriebenen Deformität. Die operative Behandlung der Hammerfinger stößt auf größere Schwierigkeiten als die der Hammerzehen. Während bei letzteren die Durchschneidung der Bänder und event.

der Flexorensehne oder die Resektion des Gelenkes oft befriedigende Resultate geben, verbieten sich an den Fingern diese Operationen durch die dadurch hervorgerufene Funktionsstörung. Für die Korrelation der Hammerfinger empfiehlt S. Durchschneidung der Seitenbänder, Verlängerung der Beugesehne und Osteotomie der ersten Phalange unter möglichster Schonung von deren Epiphyse

M. v. Brunn (Tübingen).

---

15) **A. Narath** (Utrecht). Beiträge zur Therapie der Luxatio coxae congenita.

(S.-A. aus: »Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen Chirurgie, dem Andenken Prof. Gussenbauer's gewidmet.)

Wien, **Wilhelm Braumüller,** 1903. 214 S. mit 18 Textabb. u. 7 Taf. in Lichtdr.

Im Eingange seiner Arbeit erwähnt Verf., daß eine Behandlung, die so große Sorgfalt und Genauigkeit von seiten des Operateurs erheischt, wie die Therapie der angeborenen Hüftverrenkung, auch eine sehr sorgfältige Berichterstattung erfordert, will man den faktischen Wert einer Methode richtig abschätzen. An Gründlichkeit und Klarheit läßt diese Arbeit in der Tat nichts zu wünschen übrig. Jeder, der sich mit der erwähnten Therapie beschäftigt, wird sich mit den Anschauungen des Verf. vertraut zu machen haben, weil sie in manchen, noch nicht völlig aufgeklärten Fragen wirkliche Belehrung bietet. Zwar ist auch N. den Spuren anderer gefolgt und hat sich zunächst an die Vorschriften von Lorenz gehalten. Aber seine, an einem 109 Kinder mit 150 verrenkten Gelenken umfassenden Material gemachten Erfahrungen ließen ihn in manchen Dingen einen abweichenden, prinzipiellen Standpunkt einnehmen. So hat er das Prinzip der funktionellen Belastung des Beines nach der Einrenkung zugunsten einer sicheren Fixation des Beines im Gipsverband aufgegeben. Ferner wählt er für den ersten Gipsverband stets eine Abduktion des Oberschenkels von mindestens 90° und die Rotation nach außen und verzichtet bei primärer Reposition auf die Überstreckung. Außerdem hält er an der längeren Fixationsdauer unbedingt fest. Der erste Gipsverband bleibt gewöhnlich drei Monate liegen. Die zweite Fixationsperiode, in der die Abduktion allmählich verringert wird, ist ebenso wichtig und dauert mindestens 5 Monate. Erst nach dem vierten Verband etwa wird die Extremität freigelassen. Der erste Gipsverband umgibt sorgfältig das Becken und geht bei doppelseitig reponierten Gelenken etwa bis zur Mitte der rechtwinklig gebeugten Unterschenkel. Handelt es sich um eine einseitige Reposition, so reicht auf derselben Seite der Verband ungefähr bis zur Mitte des Unterschenkels, auf der anderen bis dicht oberhalb des Knies. Die Beinteile des Gipsverbandes werden durch ein Querholz miteinander verbunden.

Die Repositionsmanöver führt N. im allgemeinen so aus, wie sie Lorenz beschreibt. Während Lorenz die Prozedur aus »freier

Hand« vornimmt, macht N. dieselbe »über die Faust«. N. ergreift den etwa 90° gebeugten Oberschenkel mit der schwächeren linken Hand und überläßt dieser die Traktion. Die rechte Hand orientiert sich noch einmal genau nach der Lage des Kopfes, um nach dem Grade der Anteversion des Collum die erforderliche Innenrotation des Oberschenkels bestimmen zu können, ballt sich dann zur Faust und umfängt mit dem gebogenen Zeigefinger den deutlich fühlbaren Trochanter major. Während nun bei gut fixiertem Becken die linke Hand zieht, drückt die rechte, die sich bei größerer Kraftentfaltung auf den Tisch bequem stützen kann, im selben Sinne, also in der Richtung der Femurachse. Gleichzeitig kann die rechte Faust dem Trochanter jeden gewünschten medialen Druck geben. Im günstigsten Falle ist keine primäre Abduktion nötig, um die Repostion zu bewerkstelligen. In vielen Fällen ist aber die Abduktion nötig; dann bildet die Faust für den Trochanter ein Hypomochlion und zugleich einen guten Dynamometer für die aufgewendete Abduktionskraft. Wird einer kräftigen Faust der Trochanterdruck zu unangehm, dann sind wir an der Grenze, wo die Unfallstatistik beginnt.

Die Analyse der Fälle nach den verschiedenen Gesichtpunkten kann kurz nicht wiedergegeben werden. Die Resultate, die N. erzielte, besonders nachdem er einer besseren Verbandtechnik sein Augenmerk zugewandt hatte, sind sehr günstige. Von 150 Gelenken wurden 126 (84%) reponiert, 5 transponiert und 19 waren für die Behandlung ungeeignet. 122mal gelang es, primär zu reponieren. Das jüngste Kind zählte 11 Monate, das älteste 13 Jahre und zehn Monate.

Bei einer Nachuntersuchung von 101 Fällen ergab sich ein in anatomischer Hinsicht sehr gutes Resultat: Repositio completa in 71 Fällen. Im Gegensatz zu allen anderen Berichten liefern die doppelseitigen Verrenkungen bessere anatomische Resultate. Während diese nur 56,6% »Repositio completa« ergaben, lieferten jene nicht weniger als 85,41%. N. stellte fest, daß mit der minderen Wertigkeit eines Gelenkes in anatomischer auch eine mindere Wertigkeit in funktioneller Beziehung verknüpft ist. Er betont dies ganz besonders gegenüber anderen Publikationen, in denen viel Nachdruck darauf gelegt wird, daß man auch bei anatomisch schlecht beschaffenen Gelenken sehr gute funktionelle Resultate erreichen kann und legt auf das anatomische Ergebnis ein sehr großes Gewicht.

Die zweite anatomische Klasse stellt die »Luxatio excentrica« dar. Der Kopf ist bei dieser etwas nach außen oder außen oben verschoben. Hierher gehören 16 von den 101 nachuntersuchten Fällen. Die Summe der Repositionen, die nachuntersucht werden konnten, betrug demnach bei 101 Fällen 87. Verschiebungen des Kopfes nach vorn oben in der Richtung gegen die Spina anterior superior kamen 13mal vor, und zwar in der Form der Subluxatio nach vorn oben 7mal und der Reluxatio nach vorn oben 6mal. Nur einmal kam

unter außergewöhnlichen Verhältnissen eine Reluxatio nach hinten zustande.

Komplette Repositionen können in jedem Alter bis zum 14. Lebensjahre vorkommen, mit ziemlicher Sicherheit sind sie aber nur bis zum 4. Lebensjahre zu erwarten. Von da ab werden die Aussichten immer geringer, besonders auch, was das funktionelle Resultat anbelangt.

Verf. bespricht auch einige Unfälle, die vorgekommen sind und wegen der er vor ambulatorischer Behandlung warnt, und erwähnt das Vorkommen von Schenkelbrüchen.

Der spezielle Teil enthält eine Zusammenstellung der einseitigen und der doppelseitigen Verrenkungen mit allen Details, sowie der Krankengeschichten. Die Textfiguren veranschaulichen die Verbandtechnik, während auf den Tafeln einige charakteristische Röntgenbilder wiedergegeben sind. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

16) **M. Motta.** Lo stato attuale della questione della cura della lussazione congenita dell' unca e la una esperienza personale dal 1884 in poi.

(Arch. di ortopedia 1903. Nr. 3.)

M. gibt zunächst ein Referat über den gegenwärtigen Stand der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung mit besonderer Berücksichtigung der letzten deutschen, französischen und italienischen Chirurgen- und Orthopädenkongresse. Das Resultat scheint ihm das zu sein, daß die unblutige Behandlung die blutige geschlagen habe und letzterer nur noch beschränkte Indikationen übrig geblieben sind; daß am verbreitetsten die Lorenz'sche Methode sei, als dessen hauptsächlichstes Verdienst er die Einführung einer langdauernden Fixation in starker Abduktion ansieht; während z. B. Paci erstere offenbar zu kurz anwandte und daher nach Operationen nach seiner Methode zahlreiche Reluxationen beobachtet wurden.

M.'s eigene Erfahrungen umfassen den Zeitraum seit 1884. Er hat ursprünglich Lagerung mit lange dauernder starker Abduktion und Rotation nach außen und progressiv steigender Extension angewandt, sowie mit Massage und Gymnastik; später hat er alle Methoden durchprobiert und im ganzen 152 Fälle behandelt. Er wendet seine Methode noch jetzt an bei kleinen Kindern in den ersten Lebensjahren. Die Behandlung soll beginnen, sobald man die Diagnose gestellt hat. Bei Kindern von 3 event. 2 Jahren an renkt Verf. zumeist nach Lorenz ein, in geeigneten Fällen auch nach Lange-Schede, manchmal auch nach Paci, mit dessen Verfahren das von Hoffa identisch sei. Er immobilisiert danach ca. 8 Monate lang. Je nach dem Falle kann man aber vom 3. resp. 6. Monate an den Grad der Abduktion und Außenrotation allmählich verringern.

M. verwirft abnorm starke Innenrotation, hat auch nie notwendig gehabt, die Osteotomie des Femur nach Schede zur Stellungskorrektur des Beines hinzuzufügen.

Die blutige Operation wird nur ausgeführt, wenn die unblutige nicht exakt gelingt; oft ist der Fall, daß man zuerst nur eine Transposition und nach längerer Fixierung beim zweiten oder dritten Versuch die Einrenkung erreicht. Ebenso verwirft M. die subkutane Zerreißung der Adduktoren, sondern ist stets mit schonendem Dehnen ausgekommen. Die unblutige Einrenkung wird auch bei halb und ganz Erwachsenen versucht; event. erreicht man eine nützliche Transposition. Allen blutigen palliativen Operationen würde M. die Abtragung des Femurkopfes vorziehen.

Die unblutigen Einrenkungen haben in 47 einseitigen Fällen 23 dauernden Erfolg (49%), 22 Besserungen und 2 Mißerfolge ergeben; 23 doppelseitige Fälle 4 Mißerfolge und im ganzen auf 46 Hüften 26 stabile Reduktionen (auf 23 11 [also 47%] doppelseitige).

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

17) **T. Pridgin Teale.** On suppuration of the bursa over the trochanter major and its occasional imitation of hip disease.

(Lancet 1903. November 14. p. 1355.)

Das Wichtigste der beachtenswerten Arbeit sagt die Überschrift. Schon 1870 wurde von Verf. auf die Möglichkeit einer Verwechslung der Erkrankung des Schleimbeutels über dem Trochanter major mit Koxitis hingewiesen. Das Bild der Erkrankung ist folgendes: Der erste Eindruck der Krankheit ist in vielen Fällen der der Koxitis; es fehlt indessen ausgesprochene muskuläre Rigidität und Fixation des Hüftgelenkes, oder diese schwindet sofort in Narkose. Es fehlt die Druckempfindlichkeit im Hüftgelenk bei Stoß des Kopfes gegen die Pfanne. Häufig ist anamnestisch ein Trauma (Fall auf den Trochanter) nachzuweisen. Die straffe breite Sehne des Glutaeus maximus verhindert nach Verf. die Ausheilung der kranken und vereiterten Bursa, während die einfache Durchtrennung dieser Sehne in den allermeisten Fällen außerordentlich schnelle Heilung schafft. Mit Recht wird von Verf. hervorgehoben, daß die Aufmerksamkeit der Ärzte bisher vielleicht nicht in dem Maße auf diese Erkrankung gerichtet war, wie diese es verdient. **H. Ebbinghaus** (London).

---

18) **Lucas-Championnière.** La suture de la rotule. Étude pratique sur le traitement de la fracture de rotule par la suture, fondée sur 70 opérations.

(Arch. internat. de chir. Bd. I. p. 1.)

Im Anschluß an 70 eigene Fälle bespricht Verf. die blutige Behandlung des Kniescheibenbruches in sehr ausführlicher Weise.

Die Operation wurde zuerst im Jahre 1877 ausgeführt; 1883 berichtete Lister über 7 mit Glück operierte Fälle.

Die mehrfach ausgeführte Operation gibt dem Operateur die Überzeugung, daß kein anderes Verfahren der Naht an die Seite gestellt werden kann. Was die Technik anlangt, so sind die peinlichste Antisepsis (nicht Asepsis), eine breite Eröffnung des Gelenkes und eine exakte Vereinigung der Bruchstücke die Hauptbedingungen für einen guten Erfolg. Die Operation soll möglichst bald nach der Verletzung, aber nicht vor dem 2.—4. Tage ausgeführt werden.

Was die Nachbehandlung betrifft, so läßt Verf. seine Pat. bereits am 4. Tage nach Entfernung der Drains vorsichtige Bewegungen ausführen und, je nach dem Fall, am 10.—18. Tage aufstehen.

Bei alten Brüchen soll die Vereinigung der Bruchstücke nicht forciert werden, da die festen Silberdrähte einen genügenden Halt bieten.

In derselben Weise hat Verf. mit gutem Erfolge auch Bandzerreißungen (Lig. patellare, laterale usw.) zur Heilung gebracht.

Zum Schluß bildet er das von ihm zur Durchbohrung des Knochens benutzte, einfache und anscheinend recht praktische Instrument ab, das von Collin geliefert wird.

Engelmann (Dortmund).

---

19) **Pagenstecher.** Die isolierte Zerreißung der Kreuzbänder des Knies.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 47.)

P. berichtet über drei selbst beobachtete Fälle und über Leichenversuche. Er hält die Verletzung für nicht allzu selten, glaubt aber, daß sie wegen ihrer versteckten Lage schwer diagnostizierbar sei. Da die Kreuzbänder bis zu einem gewissen Grade den ganzen übrigen Bandapparat ersetzen können, müssen sie auch den Traumen besonders ausgesetzt sein. Ihre Verletzungen, die mit Ausreißung von Knochen-Knorpelstückchen einhergehen können, will P. unter dem Namen »innere Distorsion« zusammenfassen. Rotation, Hyperflexion und Hyperextension sind imstande, die Verletzung herbeizuführen. Klinisch treten Blutung in das Gelenk und Schmerzhaftigkeit in den Vordergrund; nur bei Einwirkung sehr starker Gewalt, welche Nebenverletzungen setzt, kommt es zur abnormen seitlichen Beweglichkeit. Therapeutisch wird ein aktives Vorgehen, besonders bei Schlottergelenk ohne Verletzung des äußeren Bandapparates empfohlen, sobald ein größerer Bluterguß oder stärkere Beschwerden nach Ablauf der ersten entzündlichen Erscheinungen bestehen bleiben. (Naht der zerrissenen Bänder.)

Borchard (Posen).



20) **J. G. Milo** (Haag). Eine Behandlungsmethode des doppelseitigen Genu valgum adolescentium.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XII. Hft. 3. — Abdruck aus dem Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 1903. II. Nr. 4.)

Bei doppelseitigem Genu valgum redressiert M. mittels zweier Pelotten und einer sog. Nürnberger Schere, die er zwischen beide Kniegelenke anlegt, während Oberschenkel und Unterschenkel fixiert sind. Durch Anziehen der Schere werden beide Kniegelenke auseinandergetrieben. Erst nach Anlegung der Gipsverbände wird das Instrument entfernt.

J. Riedinger (Würzburg).

---

21) **M. v. Brunn.** Über die suprakondyläre Osteotomie des Femur bei Genu valgum, mit besonderer Berücksichtigung der definitiven Knochenform.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 1.)

An der Tübinger chirurgischen Klinik wurde die lineäre suprakondyläre Osteotomie des Femur wegen Genu valgum 137mal ausgeführt. Die von der Macewen'schen Vorschrift etwas abweichende Technik war folgende: Auf Blutleere wird verzichtet. 1—2 Querfinger oberhalb des oberen Randes des Condylus internus faßt der Operateur von vorn nach hinten das Femur zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand und sticht auf die Mitte der Innenfläche des so markierten Knochens ein kräftiges Skalpell senkrecht ein, so zwar, daß die Messerfläche in der Längsachse des Oberschenkels liegt. Der Schnitt wird nur soviel erweitert, daß er die Einführung eines 1 cm breiten Meißels gestattet. Hat der neben dem Messer eingeführte Meißel den Knochen erreicht, so wird er nach Entfernung des Messers um 90° gedreht und nun der Knochen dreihändig durchmeißelt. Der Rest des Knochens wird frakturiert und darauf die ganze Extremität sogleich in einen direkt auf die Haut gelegten Gipsverband eingeschlossen. Mit diesem läuft Pat. vom nächsten Tage ab in der v. Bruns'schen Gehschiene herum. Nach 2—3 Wochen wird ein neuer direkter Gipsverband angelegt, mit welchem Pat. entlassen wird.

Zur Feststellung der mit dieser Operationsmethode erzielten Resultate wurde eine größere Anzahl der Operierten einer Nachuntersuchung unterzogen. Zugleich wurden von jedem dieser Pat. Röntgenbilder angefertigt, um ein Urteil über die definitive Knochenform zu erhalten.

Verf. faßt die durch Wiedergabe der Skiagramme erläuterten Ergebnisse seiner Untersuchungen dahin zusammen, daß die suprakondyläre, lineäre Osteotomie des Oberschenkels bei Genu valgum eine ebenso rationelle als einfache, ungefährliche und dankbare Operation ist. Sie liefert funktionell und kosmetisch sehr gute Resultate. Die zur Ausgleichung der Deformität erforderliche Dislokation der Fragmente bleibt zwar in den meisten Fällen dauernd bestehen,

doch findet in der Regel eine bald geringere, bald stärkere Streckung des Knickungswinkels, also eine Annäherung an die normale Knochenform statt. Der Grad dieser spontanen Transformation des difform geheilten Femur scheint von der Weichheit und Plastizität des Knochens zur Zeit der Operation abzuhängen. Diese kann unabhängig vom Alter beträchtlichen individuellen Schwankungen unterliegen. Die höheren Grade von Genu valgum erfahren durchschnittlich eine vollständigere Korrektion der Knochenform als die geringeren Difformitäten.

Blauel (Tübingen).

---

22) **Kirmisson.** Le genu recurvatum congénital. Sa pathogénie; son traitement.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 5.)

Im Gegensatze zu der hier auch jüngst berichteten Auffassung von Delanglade, welcher das Genu recurvatum als zum Typus der Verrenkungen gehörig betrachtet, sieht K. in ihm nur die Wirkung einer überlange festgehaltenen fehlerhaften Haltung durch Gebärmutterinnendruck, in vollkommener Gleichstellung zum Klumpfuß. Er verwirft auch die Drehmann'sche Unterscheidung der wichtigen Verrenkungsformen von den eigentlichen Knieverkrümmungen, wo Beugung noch möglich ist und die Oberschenkelknorren nicht nach hinten herausragen, da beide Formen nur Steigerungsunterschiede darstellen. Entscheidend für ihn sind die Zeichen langsam wirkender Verschiebung, nämlich die Schiefstellung der Diaphyse zur Epiphyse, die Druckzeichen der Gelenkflächen, die ungleichen Höhen des Epiphysenknorpels, die Störungen der Knochenstruktur und die Stellung des Ober- und Unterschenkels gegeneinander, indem statt der Parallelstellung beider Knochen in verschiedenen Ebenen, die man bei der Verrenkung erwarten müßte, Übergang in Bogenform stattfindet.

Die Erklärung des Mechanismus ist von ausschlaggebender Wichtigkeit für die Behandlung, welche nur in allmählicher orthopädischer Einrichtung in mehreren Sitzungen bestehen darf.

Bei einer eigenen mitgeteilten Beobachtung an einem dreimonatigen Kindchen hat er die Überstreckung, welche im Anfang gar keine Beugung zuließ, bis zu einem rechten Winkel in Beugung ausgleichen können.

Herm. Frank (Berlin).

---

23) **Mota.** Della riduzione delle anchilosi angolari del ginocchio.

(Arch. di ortop. 1903. Nr. 4.)

M. hat die Streckung von Kontrakturen bei tuberkulöser Gonitis dadurch erleichtert, daß er vorher durch Injektion von physiologischer Kochsalzlösung einen künstlichen Hydrops articuli erzeugte.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

24) **E. Weber.** A propos de la découverte de la vraie nature d'une lésion du genou (fissure osseuse) méconnue jusqu' à présent.

(Revue méd. de la Suisse romande 1903. Nr. 11.)

An der Hand eines einschlägigen Falles macht Verf. auf die bereits von Schlatter mittels Röntgenstrahlen konstatierte, bisher wenig gekannte Längsfissur zwischen Dia- und Epiphyse der Tibia aufmerksam.

Die Affektion entsteht durch Muskelzug (Quadriceps) und betrifft meist junge Leute von 12—17 Jahren.

Hauptsymptome der an sich leichten Erkrankung: Genau lokalisierter, wenig heftiger Schmerz an der Tuberositas tibiae, bei Muskelzug gesteigert, Knochenverdickung an der Tuberositas, langsamer Verlauf. Die Diagnose wird durch Röntgenstrahlen gesichert.

Kronacher (München).

---

25) **Suter.** Diagnostische Irrtümer bei Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen nebst Beitrag zur Kenntnis der Fibulafrakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 1.)

S. hält es für wichtig, auch fürderhin trotz der Röntgenstrahlen bei Knochenbrüchen genau den palpatorischen Befund aufzunehmen, da die Skiagraphie allein manchmal zu bedauerlichen Irrtümern führen kann. Er selbst verfügt über zwei derartige Fälle, bei denen die erste Durchleuchtung ein negatives Resultat ergab und erst eine spätere Röntgenuntersuchung, die von einer anderen Ebene aus vorgenommen wurde, Knochenverletzungen ergab. Es handelte sich dabei um zwei Brüche der Fibula an deren unterem Ende, von denen die eine mit einem Abrißbruch des inneren Knöchels kombiniert war. In beiden Fällen hat man es mit einer ganz besonderen Form des Wadenbeinbruches zu tun, die Verf. nur noch bei Helferich erwähnt fand, ebenfalls als Beispiel der Unzuverlässigkeit der einseitigen Röntgendurchleuchtung. Die Bruchlinie der Fibula verlief von hinten oben nach vorn unten ohne die geringste seitliche Dislokation der Fragmente. Verf. beschäftigt sich noch eingehend mit der Nomenklatur der Bewegungen im Fußgelenk und beschreibt den besonderen Mechanismus, durch den in seinen beiden Fällen die eigenartige Fraktur zustande gekommen ist, und der sich in mancherlei Hinsicht von den Malleolarbrüchen unterscheidet, besonders aber dadurch, daß die wirkende Kraft nicht wie sonst bei der Fibulafraktur durch eine von innen nach außen sich geltend machende Gewalt, nicht durch Druck des Talus, sondern durch eine hauptsächlich von hinten nach vorn angreifende Gewalt, die durch den Calcaneus übermittelt wird, zustande kam. Während wir es bei den gewöhnlichen Brüchen des Wadenbeins mit Einknickungs-

brüchen zu tun haben, scheint es sich in den vorliegenden Fällen mehr um Frakturen durch Absprengung zu handeln.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

26) **W. Engels.** Über den normalen Fuß und den Plattfuß.
(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

Die Arbeit bringt auf Grund eines fleißigen Studiums zahlreicher Röntgenbilder, speziell von Aufnahmen mit eigens konstruierten Apparaten, neue interessante Aufschlüsse über die innere Architektur des Fußskelettes. Das erste Ergebnis der Untersuchungen ist der Nachweis von Spongiosazügen, die sich im Talus rechtwinklig kreuzen und geradlinig einerseits nach vorn in die Metatarsi, andererseits nach hinten in das Tuber calcanei verlaufen. In der Längsrichtung betrachtet, ist demnach das Fußskelett der Hauptsache nach aus zwei Streben konstruiert, einer kurzen steilen hinteren und einer langen, sanft geneigten vorderen, von denen die letzteren als eine von hinten nach vorn breiter und flacher werdende Hohlrinne geformt ist. Aus der Geradlinigkeit der Trajektorien leitet nun Verf. den Schluß ab, daß der Fuß nur der äußeren Gestalt nach, nicht aber der Funktion nach ein Gewölbe darstellt. Dieser Schluß düfte indes zu weit gehen. Verf. gibt selbst an, daß in den Knochenbälkchenzügen die Richtung der auf die Fußknochen wirkenden Kräfte zu erkennen ist. Jene repräsentieren also die Richtungslinien einer Last. Die Richtungslinien sind aber auch im Gewölbe geradlinig, ob dasselbe symmetrisch belastet ist oder einseitig wie der Fuß (cf. Zentralblatt für Chirurgie 1897 p. 435 Fig. 2, Linie *ASc*). Die von E. gefundenen Richtungslinien erbringen sogar geradezu den deutlichsten Beweis, daß der Fuß nicht nur das Aussehen, sondern auch die Funktion eines einseitig belasteten Gewölbes hat.

Aus dem Hauptsystem der geradlinigen Streben leitet Verf. ein System von Nebenstreben ab, die sich gegenseitig ergänzen. Mit der Lorenz'schen Auffassung des Fußskelettes sucht Verf. so gut als möglich sich in Einklang zu setzen.

Im zweiten Teil untersucht Verf. die Vorgänge am Fuß bei der Belastung im Sohlenstand und erörtert ausführlich die Rolle der Muskulatur in der Erhaltung der normalen Fußform. Die Längsspannung des Fußes wird von der eigentlichen Fußmuskulatur unterhalten. Die langen Fußmuskeln haben hauptsächlich die Aufgabe, die Hohlrinne des Fußes seitlich zu halten und zu festigen. Verf. bespricht ferner die »Ruhestellungen« (Annandale's Attitude of rest), sowie die Statik des Fußes beim Zehenstand und Fersenstand.

Schließlich beschreibt Verf. seine Apparate zur Röntgenaufnahme des Fußes von oben und von der Seite her.

J. Riedinger (Würzburg).

---

27) **O. v. Hovorka.** Supinationsschwäche bei Plattfuß und ihre Behandlung.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

Verf. analysiert zunächst die Wirkung der Unterschenkelmuskulatur auf die Gelenke des Fußes. Er beschreibt sodann ein von ihm konstruiertes Supinationsbrett, eine dachfirstähnliche, stumpfkantige Vorrichtung, auf deren Grate die Kranken herumgehen, und einige Freiübungen, die er behufs Kräftigung der Supinatoren des Fußes vornehmen läßt. **J. Riedinger** (Würzburg).

28) **Ghillini** (Bologna). Die Behandlung des Klumpfußes.

(Referat, erstattet auf dem 14. internationalen med. Kongreß zu Madrid 1903.)
(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

G. ist kein Freund des »modellierenden Redressements«. Sollten die täglichen Manipulationen während des ersten Lebensjahres nicht genügen, so führt er schon im Alter von einem Jahre die Operation nach Phelps aus. Am Skelett selbst brauchte G. nie zu operieren. Wichtig ist, nach der Operation längere Zeit, bis zu 7 Monaten, einen Gipsverband tragen zu lassen. **J. Riedinger** (Würzburg).

29) **A. Broca** (Paris). Indications générales du traitement dans le pied bot varus-équin congénital.

(Referat, erstattet auf dem internationalen med. Kongreß zu Madrid 1903.)
Paris, **G. Steinheil,** 1903.

Verf. ist für eine möglichst unblutige Gestaltung der Therapie des angeborenen Klumpfußes. Deshalb verlangt er, daß die Therapie möglichst frühzeitig beginnen soll. Ein Aufschub von 14 Tagen nach der Geburt ist schon zu viel. Je früher man beginnt, desto mehr hat man Aussicht, das gewaltsame Redressement und selbst die Tenotomie zu umgehen. Zunächst beschäftigt man sich mit der Adduktion resp. dem »Varus«, den man manuell täglich auszugleichen sucht, und zwar in der bekannten, schon von Adams empfohlenen Weise. In den Zwischenzeiten läßt B. eine den Fuß in Valgusstellung versetzende Flanellbinde, später auch Heftpflasterverbände, event. einen Schuh, der seitlich verstärkt und außen mindestens um 1 cm höher ist, tragen. Intelligente Eltern können viel zum Erfolg beitragen. Nach 2—4 Wochen sind, je nach der Schwere des Falles, Varus und Supination soweit korrigiert, daß man die Equinusstellung in Angriff nehmen kann. Meist ist alsdann nach 5—6 Wochen die Tenotomie der Achillessehne notwendig, und zwar bevorzugt B. die offene Durchschneidung in der Chloroformnarkose ohne Unterschied des Alters. Die Narkose wird zu einem kurzdauernden, manuellen, modellierenden Redressement benützt. Die Behandlung wird dadurch um mehrere Wochen abgekürzt. Klumpfüße, die schon mehrere Monate bis zu einem Jahr alt sind, werden in einer Sitzung,

ebenfalls unter Zuhilfenahme der Narkose manuell redressiert. B. folgt dabei der Vorschrift von Lorenz, von letzterem nur darin abweichend, daß er die Achillessehne offen durchschneidet und in der Regel den Verband nach 2—3 Wochen wieder entfernt, um zur methodischen, manuellen Redression und zur Massage der Wadenmuskulatur überzugehen. Das definitive Resultat ist etwa nach 18—24 Monaten erreicht.

Klumpfüße, die älter als ein Jahr sind, werden auf blutigem Wege operiert. Das gewaltsame, instrumentelle Geraderichten nennt B. ein brutales Manöver. Er gesteht aber zu, daß er hierin keine Erfahrung hat, weil er das Verfahren nicht anwendet. Auch die Phelps'sche Operation kann er nicht empfehlen. Greift man einmal zum Messer, so kann es nur geschehen, um den Pat. in wenigen Wochen auf die Füße zu bringen und ihm eine lange Nachbehandlung zu ersparen. Das ist aber durch die Phelps'sche Operation nicht zu erreichen. Außerdem wird die Spitzfußstellung und die Supination durch diese Operation nicht ausgeglichen, und die Tenotomie bleibt wirkungslos. Selbst die Adduktion (»le varus«) wird nicht ganz beseitigt. Es bleiben somit Symptome der Deformität bestehen, welche zu einem Rezidiv führen. Andererseits sind aber auch die Knochenoperationen meist nicht in der Lage, den Varus ganz zu beseitigen. So z. B. leistet selbst die von Böckel und Lucas-Championnière empfohlene totale Astragalektomie noch nicht alles, weil sich nach der Entfernung des Talus der Calcaneus und das Cuboideum in den Weg stellen. Eher zu empfehlen ist deshalb die Methode von Gross (Nancy), welcher die Astragalektomie verbindet mit der Resektion der großen Apophyse des Calcaneus. B. operiert nun ebenfalls in der Mediotarsalgegend, indem er vom Talus und vom Calcaneus so viel entfernt, als nötig ist, um volle Korrektur zu erzielen. Er empfiehlt diese Operation auf Grund einer 10jährigen Erfahrung. Nur in seltenen Fällen ist eine ausgedehntere Abtragung von Knochenpartien (»Desossement du tarse«) notwendig. Dann wird der Fuß zwar kurz, breit und unförmlich, aber er funktioniert später ausgezeichnet, und nach einigen Wochen ist der Gang normal. B. entfernt aber nicht den ganzen Talus. Seitdem er mit Jalaguier das Talo-Cruralgelenk schont, sind seine Resultate besser geworden. In manchen Fällen hat er auch nach Charles Nélaton dem oberen Abschnitt des Talus mit dem Meißel eine andere Form gegeben, um die Spitzfußstellung im Sprunggelenk zu beseitigen. Nach der Operation wird der Fuß 5—6 Wochen lang im Gipsverband fixiert.

Am Schlusse betont B., daß alle Verfahren sich gegenseitig ergänzen müssen, und daß keins das andere ausschließt.

J. Riedinger (Würzburg).

---

30) **A. Chipault** (Paris). L'élongation trophique. (Cure radicale des maux perforants, ulcères variqueux etc. par l'élongation des nerfs.)

(Monographies cliniques sur les questions nouvelles en méd., en chir., en biologie Nr. 33.)

Paris, **Masson et Cie.**, 1903.

Ermutigt durch die günstigen Resultate der Nervendehnung bei Neuralgien, begann Verf. im Jahre 1894 die Nervendehnung auch bei Mal perforant und Unterschenkelgeschwüren anzuwenden. Die erste Veröffentlichung stammt aus dem Jahre 1895. Seit dieser Zeit hat die »Methode C.« hauptsächlich in Frankreich Anklang gefunden. Das Literaturverzeichnis weist 37 Autoren und 67 Arbeiten über dieses Thema auf. Die deutsche Literatur ist, abgesehen von einer Mitteilung im Zentralblatt für Chirurgie (1899 p. 769) von Bardescu, nur durch die Arbeit von Sick (Hamburg) vertreten.

In vorliegender Monographie faßt nun Verf. die Hauptergebnisse von 137, von ihm und anderen veröffentlichten Operationen zusammen.

Ob die Nervendehnung einen Einfluß auf die nervösen Zentren ausübt, wie Marinesco annimmt, oder durch Vermittlung des sympathischen Nervensystems die trophische Energie der Gewebe erhöht, was nach C. und Buck wahrscheinlicher ist, darüber ist genaueres noch nicht bekannt. Experimentell konnte C. die günstige Einwirkung der Nervendehnung auf die Heilung von Wunden und Geschwüren an den Extremitäten von Meerschweinchen nachweisen.

Die Behandlung sowohl des Mal perforant als der chronischen Beingeschwüre zerfällt in zwei Etappen. Die erste beginnt mit der antiseptischen Vorbehandlung der Geschwüre, die zweite mit der Operation der Nervendehnung, an welche sich die direkte Behandlung der Geschwüre anschließt. Letztere besteht entweder in der Abtragung der Geschwürsränder und der Auskratzung der Geschwürsfläche unter event. Entfernung nekrotischer Knochenstücke oder, wenn die Geschwüre nicht zu groß sind, in der Exzision derselben mit nachfolgender Naht.

Beim Mal perforant ist je nach der Lage des Geschwüres die Freilegung eines der folgenden Nerven erforderlich: des N. tibialis an der Teilungsstelle in den N. plantaris lateralis (»plantaires interne et externe«), des N. peronaeus superficialis (»musculo-cutané«) oder des N. cutaneus dorsalis pedis lateralis (»saphène externe«).

Der Schnitt für Freilegung der Plantarzweige des Tibialis beginnt hinter dem Malleolus medialis am inneren Rande der Achillessehne, verläuft bogenförmig nach unten zum inneren Fußrand und endet senkrecht unterhalb der Spitze des Malleolus medialis. Nach Durchtrennung der durch Rotation des Fußes nach außen und durch Abduktion gespannten oberflächlichen Fascie wird die obere Wand der Gefäß-Nervenscheide auf der Hohlsonde ebenfalls durchtrennt, worauf die Nerven sich isolieren lassen und nach Einwärtsrollung

und Adduktion des Fußes gedehnt werden können. Gewöhnlich liegen die Nerven über, seltener unter den Gefäßen.

Die Zweige des N. peronaeus superficialis sind durch einen 10 cm langen Schnitt in der Längsrichtung des Fußrückens, 4finger-breit vor der Spitze des äußeren Knöchels, direkt unter der Haut und über der Fascie freizulegen.

Der N. cutaneus dorsalis pedis lateralis ist durch einen 3 cm langen Schnitt in der Längsrichtung des Unterschenkels neben und hinter der Spitze des Malleolus lateralis als Begleiter der V. saphena externa zu erreichen.

Bei den Unterschenkelgeschwüren kommen höher gelegene Nervenstämme in Frage, nämlich der N. saphenus major (»saphène interne«), der N. peronaeus communis (»sciatique poplité externe«), sowie der N. cutaneus dorsalis pedis lateralis (»saphène externe«) an einer höher gelegenen Stelle.

Der Saphenus major wird nach Letiévant freigelegt, und zwar folgendermaßen: Das Bein liegt während der Operation auf der Außenseite. Etwas unterhalb des Schenkelkanales an der Außenseite des M. sartorius beginnt ein 6 cm langer, schräg medial und nach unten gerichteter Schnitt. Der Sartorius wird nach innen geschoben. Dadurch wird unterhalb des Hiatus tendineus die breite Sehne des M. adductor magnus freigelegt. Quer über dieselbe nach unten innen verläuft der Nerv.

Der Peronaeus communis läßt sich an verschiedenen Stellen freilegen, nämlich 1) oberhalb der Kniekehle am inneren Rande des M. biceps, 2) hinter dem Köpfchen des Wadenbeines nach Velpeau, 3) unterhalb des Köpfchens des Wadenbeines nach Letiévant oder C. (»Chirurgie opératoire du sytème nerveux«).

Die Freilegung des N. cutaneus dorsalis pedis lateralis am hinteren unteren Abschnitt des Unterschenkels kommt seltener in Betracht und ist sehr einfach.

Die Nerven werden nach der Peripherie hin gedehnt. Allzu starke Kraftanwendung ist zu vermeiden. Ferner ist noch zu erwähnen, daß C. die Chloroformnarkose der lokalen Anästhesierung vorzieht.

Von einzelnen Autoren wurde die Methode auch bei anderen angioneurotischen Zuständen und trophischen Störungen an den Extremitäten angewendet.

Die Schlußfolgerungen des Verf. lauten, wie folgt:

1) Die Nervendehnung erweist sich für eine Reihe von Krankheiten, welche, wie das Mal perforant, neurotische und variköse Geschwüre, Gangrän und schlecht heilende Wunden, bis jetzt nahezu als unheilbar betrachtet wurden, als eine leichte, unschädliche und dankbare Operationsmethode.

2) Die Ausführung der Operation knüpft sich an folgende Bedingungen:

a) Das Geschwür muß im Bereiche des zu dehnenden Nerven liegen,
b) die Operationsstelle darf in bezug auf das Geschwür weder zu nahe noch zu entfernt liegen,
c) die Operation der Nervendehnung muß von einer direkten Behandlung des Geschwüres begleitet sein: Desinfektion, Ausschabung, wenn möglich Exzision und Naht.

3) Nach Beobachtung dieser Regeln sichert die Nervendehnung in der großen Mehrzahl der Fälle entweder primäre oder sekundäre dauernde Heilung. **J. Riedinger** (Würzburg).

Kleinere Mitteilungen.

31) **G. Marro.** Contributo alla conoscenza delle esostosi epifisarie multiple.

(Arch. di ortopedia 1903. Nr. 3.)

Der einen Knaben von 13 Jahren betreffende Fall von multiplen symmetrischen Exostosen ist bemerkenswert 1) durch die große Zahl der nur den Schädel und die Wirbelsäule freilassenden Exostosen; 2) dadurch, daß die letzteren sich durchschnittlich am diaphysären Teile des Zwischenknorpels entwickelt haben und teilweise mit dem Wachstum an der Diaphyse heraufgerückt sind; 3) durch eine diffuse, starke und plumpe Verdickung zahlreicher Knochenenden (Femurkondylen, Malleolen, Radiuskopf, Humeruskopf). Einzelne Exostosen erscheinen direkt als Fortsetzung dieser — nur durch Mitbeteiligung des Periostes an dem der ganzen Krankheit zugrunde liegenden Prozeß zu erklärenden — Knochenwucherung.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

32) **G. Schmidt.** Fehlerhafte Keimanlage als Entstehungsursache angeborener Fuß-, Hand- und Schädelverbildungen, insbesondere des Klumpfußes und des Schrägkopfes.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

Aus der Breslauer chirurgischen Klinik teilt Verf. drei Fälle mit, in denen Klumpfuß kombiniert war mit anderweitigen, angeborenen Fehlern, nämlich 1) mit Zehenüberzahl derselben Seite und unvollständiger Cocoygealfistel, 2) mit Muskeldefekten und schlaffen Gelenken an den oberen Extremitäten, Klumphänden, spontaner Verrenkung der Oberarme und Muskelschwäche an den Beinen, 3) mit Daumenaplasie derselben Seite und Schädelasymmetrie. Verf. führt diese Fälle auf primäre falsche Keimanlage zurück. In die Erörterung werden auch andere kasuistische Mitteilungen und Fälle aus der Literatur eingeflochten, besonders was das Caput obliquum betrifft. (Verf. schreibt konsequent Kümmell statt Kümmel.) **J. Riedinger** (Würzburg).

33) **D. I. Cranwell.** Amputación congenita de ambos musculos.

(Revista de la sociedad med. Argentina Bd. X. Nr. 58.)

18tägiges männliches Kind von 2470 g Gewicht. Vater und Mutter sind gesund und haben sonst keine Kinder. Kopf und Rumpf sind gut entwickelt. An den unteren Gliedmaßen fehlen die beiden Unterschenkel. Das rechte Bein hat eine Länge von $9^1/_2$ cm und endigt mit einem Stumpf, an dessen knöchernem Teile man die beiden atrophischen Kondylen des Oberschenkels durchfühlen kann. Am hinteren und unteren Teile des Stumpfes sitzt ein hautförmiger Anhang von der Größe einer Kirsche, an dessen Ende sich eine kleine Geschwulst von der



Form eines rudimentären Fingers befindet. Zwischen dem hautförmigen Anhang und dem Femur ist eine kleine verschiebliche Knorpelspange fühlbar. Das linke Bein hat eine Länge von 10 cm und endigt mit einem ähnlichen, aber dünneren Stumpfe wie das rechte Bein. Es fehlen hier die Kondylen des Femur, doch findet sich hinten ebenfalls ein häutiger Anhang. Die linke obere Extremität ist normal, die rechte indessen ist 1 cm kürzer wie die linke und die Hand vollkommen deformiert. Sie hat nur zwei Metakarpalknochen. Auf der Radialseite endigt sie mit zwei untereinander verwachsenen Fingern, auf der Kubitalseite ist nur der kleine Finger vorhanden. Die Totallänge des Kindes beträgt 39 cm. Die inneren Organe scheinen normal zu sein. C. erörtert ausführlich die Theorie der intra-uterinen Amputation, resp. einer Keimstörung. Es werden weiter die Theorien angeführt, welche ein Trauma der Mutter für derartige Störungen beschuldigen oder eine nervöse Störung annehmen. Die Differentialdiagnose wird gesichert, wenn sich, wie im vorliegenden Falle, rudimentäre Anhänge finden, welche auf eine Keimstörung hinweisen, resp. eine Form von Atavismus vorstellen.

Stein (Wiesbaden).

34) **J. Martirene.** Ausencia congenita de los musculos pectorales.

(Revista med. del Uruguay 1903. Nr. 3.)

Mitteilung eines Falles von vollständigem Fehlen der Pektoralmuskulatur bei einem 10jährigen Knaben. Ätiologisch ist nichts sichergestellt.

Stein (Wiesbaden).

35) **Taylor.** Traumatic aneurism of the left subclavian artery produced by fracture of the clavicle.

(Annals of surgery 1903. November.)

Ein 62jähriger Mann brach sich infolge eines Sturzes das linke Schlüsselbein; es war an der Bruchstelle von Anfang an eine erhebliche Schwellung vorhanden, auf welche jedoch nicht weiter besonders geachtet wurde. Als T. den Pat. 15 Tage nach dem Unfalle sah, pulsierte die Geschwulst, die nunmehr als ein Aneurysma der Art. subclavia angesprochen werden mußte. Das Röntgenbild zeigte, daß ein spitzer Knochensplitter senkrecht vom medialen Bruchende nach abwärts nach der Art. subclavia abging; derselbe hat die letztere angespießt und war so die Ursache für das Aneurysma geworden. Ein Versuch, die Art. subclavia nach Resektion des zentralen Schlüsselbeinendes zu unterbinden, scheiterte; es wurde deswegen, nachdem noch ein zweites Stück des Schlüsselbeines reseziert war, der Aneurysmasack eingeschnitten, wobei die Arterie durch Fingerdruck zentral komprimiert wurde. Nach Ausräumung der Blutgerinnsel sah man in der Tiefe die Arterie mit einem kleinen Loche vom Durchmesser einer Stricknadelspitze. Eine Unterbindung war auch jetzt, da Art. und Vena subclavia eng miteinander verwachsen waren, unmöglich, es wurden daher drei Arterienpinzetten angelegt, und zwar eine peripher, eine zentral von der Arterienöffnung und eine direkt an die letztere. Nach 12 Tagen wurden die Pinzetten entfernt; nach Heilung der Wunde wurde festgestellt, daß schädliche Folgen bezüglich der Bewegung des linken Armes nicht zurückgeblieben waren.

Aus der englischen und französischen Literatur konnte Verf. von bei Schlüsselbeinbrüchen vorhandenen Komplikationen zusammenstellen:

10 Fälle von Verletzungen des Nervenplexus, 4 Fälle von Verletzungen der Art. subclavia, zu welchen der vom Verf. beobachtete als fünfter hinzukommt. Jedoch waren in den 4 Fällen die Brüche des Schlüsselbeines durch direkte Gewalt hervorgerufen, während in seinem Falle Bruch durch indirekte Gewalt vorlag. Weiter 1 Fall von Verletzung der Art. innominata, 4 Fälle von Verletzung der Vena subclavia, 2 Fälle von Verletzung der Vena jugularis interna, 5 von Verletzung der Lunge.

Herhold (Altona).

36) **H. Duret.** Sarcome du plexus brachial. Amputation interscapulo-thoracique. Guérison persistant quatre années après.

(Arch. internat. de chir. Vol. I. Fasc. 2.)

Die Amputatio-interscapulo-thoracica, die in Fällen von Knochengeschwülsten der Schultergegend zur Anwendung kommen kann, wurde von D. in einem Falle von Sarkom des Plexus brachialis mit gutem Erfolg ausgeführt.

Bei dem 32jährigen Pat., der nie krank gewesen war, hatte sich im Verlauf einiger Monate eine vollkommene Atrophie und Lähmung der Muskulatur des linken Armes eingestellt, als deren Ursache sich eine apfelgroße Geschwulst unterhalb des Schlüsselbeines fand. Die Diagnose schwankte zwischen einem Sarkom des Plexus brachialis und einem Osteosarkom der Fossa subscapularis. Angesichts des trostlosen Zustandes des beteiligten Armes wurde die oben erwähnte radikale Operation ausgeführt mit dem Erfolge, daß Pat. nach Verlauf von 4 Jahren vollkommen rezidivfrei war.

Die anatomisch-pathologische Untersuchung ergab, daß es sich um ein alveoläres Sarkom handelte, das seinen Sitz inmitten des Plexus hatte und von dem Zwischengewebe und vielleicht auch von dem Perineurium seinen Ausgang genommen hatte. **Engelmann** (Dortmund).

37) **E. A. Heiking.** Zur Behandlung des paralytischen Schlottergelenkes an der Schulter mit Arthrodese.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 45.)

In der Literatur fand H. bloß sechs Fälle von Arthrodese des Schultergelenkes. In seinem Falle handelte es sich um Schlottern des rechten Schultergelenkes seit dem 2. Jahre nach Kinderlähmung; die Extremität war vollständig unbrauchbar. Pat. war 12 Jahre alt. Nach der Arthrodese wurde Pat. 5 Monate lang mit Massage und Gymnastik behandelt und konnte darauf den Arm bis zur Schulterhöhe erheben, die Hand auf den Kopf legen, erlernte das Schreiben mit der rechten Hand und kann sich selbst ankleiden und ziemlich schwere Gegenstände tragen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

38) **K. Vogel.** Zur Therapie der Sarkome der langen Röhrenknochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 1.)

V. berichtet einen einschlägigen, mit hervorragend glücklichem Erfolge von Schede resezierten Fall. Es handelt sich um einen 34jährigen Kaufmann, dem vor $1\frac{1}{2}$ Jahren von anderer Seite wegen Sarkom die distalen Gelenkenden von Schlüsselbein und Schulterblatt und das proximale des Oberarmes, von welchem letzteren die Geschwulst ausgegangen sein soll, reseziert waren. Wegen faustgroßen Rezidives unterhalb des Deltoideus neue Operation. Abpräparierung des Deltoideus von der Geschwulst, welche einige gallertige Cysten enthält und mit den Stümpfen der früher resezierten Knochen verwachsen ist. Letztere, ebenso wie ein Teil der Muskulatur neoplastisch degeneriert. Ausgiebige Exzision des Geschwulstgewebes, doch ergibt der Sägeschnitt durch den Humerus, daß dessen Markhöhle sarkomerfüllt ist, weshalb unter fortgesetzter Skelettierung des Knochens nach und nach weitere Zylinderfragmente desselben abgetragen werden, bis 3 cm oberhalb des Ellbogengelenkes der Markhöhlenquerschnitt sich normal erweist. Wunde zunächst tamponiert, dann sekundär genäht, glatte Heilung. Der mit passendem Tutor versehene Arm wird sehr gut funktionsfähig. Der Kranke ist jetzt seit 4 Jahren frei von Metastase oder Rezidiv seiner Geschwulst, welche histologisch als Rundzellensarkom vom Charakter des Chondromyxosarkoms bestimmt worden ist.

V. berichtet über die Literatur, betreffend Resektion bei Röhrenknochensarkomen und rät, häufiger als bisher mit ihr in geeigneten Fällen Versuche zu machen. Namentlich die Fälle, wo die Geschwulst am obersten Gliedende sitzt,

empfiehlt er hierfür, da, wie er richtig bemerkt, hier die Resektion nahezu ebenso zuverlässig ist wie die Exartikulation, während bei periphererem Geschwulstsitz allerdings die Resektion eher bereits erkrankte, höher sitzende Stellen im Knochenmarke usw. zurückzulassen geeignet ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

39) **Cobb.** Report of a case of recurrent dislocation of the ulnar nerve cured by operation.

(Annals of surgery 1903. November.)

Verf. unterscheidet die idiopathischen oder angeborenen, bei Beugung des Armes eintretenden Verrenkungen des Ellbogennerven und die traumatischen. Collinet fand bei 500 Personen die idiopathische Verrenkung 13mal, darunter 5mal beiderseits. Bei 150 Personen fand Verf. in einem Dritteil unvollkommene und einmal eine vollkommene Verrenkung. Die meisten Personen haben keine Beschwerden, sie wissen von der vorhandenen Abnormität nichts. Bei einigen entwickelt sich aber durch das bei Armbeugungen eintretende anhaltende Hin- und Hergleiten des Nerven eine entzündliche Verdickung desselben mit nach der Hand ausstrahlenden Schmerzen.

Verf. operierte einen einschlägigen Fall traumatisch hervorgerufener Verrenkung des N. ulnaris. Dieselbe war durch Anschlagen des Ellbogens an einen Pfahl während des Hinfallens entstanden. Nachdem der Nerv durch einen senkrecht zwischen Ellbogenknorren und innerem Kondylus verlaufenden Längsschnitt freigelegt war, fand sich die Grube des Nerven ausgefüllt mit Muskelgewebe; eine den Nerven überbrückende Fascie bestand nicht. Aus der Grube wurde das Muskelgewebe entfernt und dann durch Zusammennähen der Fascie des M. triceps und des M. flexor carpi ulnaris eine den Nerven überbrückende Scheide hergestellt. Es trat gute Gebrauchsfähigkeit des Armes ein, der Nerv war nicht mehr zu fühlen, in die Hand ausstrahlende Schmerzen traten bei Beugungen des Armes nicht mehr ein.

Aus der Literatur stellt C. 15 Fälle von durch Operation geheilter Verrenkung des Ulnarnerven zusammen und beschreibt dieselben am Schluß der Arbeit. Nach seiner Meinung soll die Verrenkung an und für sich niemals, sondern nur die aus ihr resultierenden Beschwerden einen Grund für die Operation abgeben.

Herhold (Altona).

40) **A. P. Pankow.** Über Elephantiasis neuromatosa.

(Arbeiten aus Prof. Djakonow's Klinik Bd. III.)
(Beilage zu: Chirurgie 1903. [Russisch.])

Die Geschwulst, 10 cm lang und 2—4 cm breit, wurde von der rechten Vola manus und dem unteren Drittel des Vorderarmes eines 19jährigen Mädchens entfernt. Sie war angeboren. Keine sonstigen Geschwülste an der Haut. Der Bau zeigte an einigen Stellen den Typus eines Lymphangioms: Hohlräume und Dissoziation des Gewebes. Die Gefäßwände waren verdickt, und in der Umgebung sah man Proliferation des Bindegewebes. Die Sensibilität der Finger schien nach der Operation alteriert zu sein, doch schwankten die diesbezüglichen Angaben der Pat.; die Geschwulst ging also wohl nicht vom N. medianus aus, sondern es handelte sich entweder um eine Anomalie oder um Affektion des mittleren Hautnerven. An den Schnitten sah man die Geschwulst sich der Haut nähern; man konnte also auch hier Kombination von Hautverdickung mit der Nervenelephantiasis bei weiterer Entwicklung der Geschwulst erwarten. 2 Figuren zeigen deren makro- und mikroskopisches Bild. **Gückel** (Kondal, Saratow).

41) **J. Michelsohn.** Ein Fall von totalem Defekte des Radius.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

Der kongenitale Defekt wurde bei einem Neugeborenen links beobachtet. Es fehlt außerdem der ganze Daumen. Die Veränderungen sind typischer Natur. Ein Röntgenbild zeigt, daß vom Radius noch ein Rest vorhanden ist, der dem

oberen Abschnitt entspricht. Nach möglichst guter Korrektion der Stellung der Hand wurde ein Gipsverband angelegt. (Die Gussenbauer'sche statt Gegenbauer'sche Archipterygialtheorie ist nur ein Druckfehler.)

J. Riedinger (Würzburg).

42) D. J. Cranwell. Ausencia congenita del radio.

(Revista de la sociedad med. Argentina 1903. Nr. 62.)

Mitteilung eines Falles von kongenitalem doppelseitigem Defekte des Radius bei einem 2350 g wiegenden, 46 cm langen neugeborenen Knaben. Die Hände bilden mit der vollkommen verbogenen Ulna einen fast spitzen Winkel und liegen bei Beugungen des Ellbogengelenkes dem Oberarm unterhalb des Deltoideus auf. Der Daumen ist beiderseits nur kümmerlich in Form eines kleinen, stielartigen Anhängsels ausgebildet. Der Vorderarm ist sehr kurz, er mißt $3^1/_2$ cm Länge.

Stein (Wiesbaden).

43) A. Blencke. Ein Beitrag zur sogenannten Klumphand.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

Es handelt sich um einen beiderseitigen totalen Defekt des Radius kongenitalen Ursprunges, der an einem 27jährigen Manne mit Hilfe von Röntgenstrahlen konstatiert wurde. Beiderseits sind nur sechs Handknochen vorhanden, außerdem fehlt der Daumen mit seinem Metacarpus. Die Ulna ist in bekannter Weise verkrümmt und die Hände stehen radialwärts flektiert. Als Schreiber war der mit dem Leiden Behaftete in der Ausübung seines Berufes nicht behindert. Verf. führt aus, daß für angeborene Defekte der Name Klumphand nicht paßt.

J. Riedinger (Würzburg).

44) H. Wagner. Ein Beitrag zur Kenntnis der Brachydaktylie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII.)

W. fand zufällig bei einem sonst gesunden 24jährigen Mädchen eine gleichmäßige Verkürzung beider Mittelfinger um ca. 1,5 cm und eine Verkürzung des rechten fünften Fingers um etwa die gleiche Länge. Der Zustand bestand von der Geburt an. Die genauere Untersuchung ergab, daß die Verkürzung durch ein Zurückbleiben der Metakarpalknochen der genannten Finger in ihrer Längsentwicklung bedingt war, die im übrigen sich im Röntgenbild durch nichts von den anderen Mittelhandknochen unterschieden. Über die Ursache, die dieser Verkürzung zugrunde lag, vermag Verf. ebensowenig etwas Sicheres anzugeben, als andere Forscher vor ihm. Gegen die Annahme einer Verletzungsdeformität spricht ihm mit Recht das Verhältnis an der rechten Hand, wo der zwischen den beiden verkürsten Fingern — dem 3. und 5. — liegende 4. Finger ganz normal entwickelt erschien.

Richter (Breslau).

45) E. Payr. Zur Ätiologie des »schnellenden Fingers«.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 25.)

Hier war es eine 5 Monate vor der Operation in die Grundphalanx des Mittelfingers eingedrungene Häkelnadelspitze, die die Erscheinungen des schnellenden Fingers auslöste, und zwar auf folgende Weise. Die Nadel lag zum größten Teil im Periost zwischen Sehnenscheide und Knochen, und nur ein kurzes Stück, mit dem Häkchen gegen die Sehne gerichtet, ragte in die Scheide vor. Beim Beugeakt glitt die Sehne zumeist über das halbstumpfe Häkchenende, ohne erheblichen Widerstand zu finden. Beim Strecken aber verhakte sich die glatte Sehnenoberfläche an dem zentralwärts sehenden scharfen Hakenende, wurde so eine Zeitlang festgehalten und erst bei weiterer Anstrengung des Antagonisten freigegeben, wobei die Streckung plötzlich, unter Erscheinung des »Schnellens« erfolgte.

Hübener (Dresden).



46) Lannois et Porot. Erythromélalgie suivie de gangrène des extrémités.

(Revue de méd. 1903. p. 824.)

Verff. berichten über einen Fall von Erythromelalgie der linken Hand bei einer 55jährigen Frau mit Arteriosklerose; mehrfache leichte Hemi- und Monoplegien. Im weiteren Verlaufe geht nun allmählich die Gefäßerweiterung an der Hand in eine Gefäßverengerung über; hier und weiterhin auch an beiden Füßen entwickeln sich die Symptome der Raynaud'schen Krankheit; umschriebene Gangrän und Abstoßung einzelner Zehenphalangen folgen. Tod an Pneumonie. Bei der Autopsie werden zahlreiche Erweichungsherde im Hirn und Atrophien im Rückenmark, sowie starke Verdickungen an den Arterienwandungen gefunden. Die Hauptveränderungen sind in den intermedio-lateralen Bahnen und den Zellen der hinteren Basalgruppe vorhanden. Ätiologisch kommt die Arteriosklerose in Betracht

Mohr (Bielefeld).

47) Luksch. Fingerplastik durch Transplantation.

(Aus der Sitzung vom 9. März 1903 des Vereins der Ärzte in Steiermark.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 31.)

Demonstration eines Tischlers, der durch Zerquetschung und Eiterung den Daumen der linken Hand bis auf einen kaum 1 cm langen Stummel und gleichzeitig durch dieselben Vorgänge die Endphalanx des Zeigefingers verlor. Das Gelenk zwischen 1. und 2. Phalanx des Zeigefingers war versteift und der Finger bei der Arbeit störend. Dieser unbrauchbare Zeigefinger wurde auf den Daumenrest transplantiert. Sowohl Beuge- als auch Strecksehnen des Zeigefingers wurden mit den entsprechenden Sehnen des Daumens vernäht, die Knochen mit Silberdraht vereinigt. Der Zeigefinger heilte vollständig an, und der neue Daumen war 5 Wochen nach der Operation zum Zugreifen tauglich.

Hübener (Dresden).

48) d'Antona (Napoli). Caso di aneurysma bilaterale omonimo delle due ischiatiche. Legatura delle due ipogastriche. Guarizione.

(Arch. internat. de chirurgie Vol. I. Fasc. 1.)

Die Unterbindung der A. iliaca interna war und ist stets ein schwerer Eingriff. 25 aus der Literatur von dem Verf. gesammelte Fälle geben eine Sterblichkeit von 40%. In dem Falle des Verf. handelte es sich um ein doppelseitiges Aneurysma der Hypogastricae. 4 Jahre nach der Unterbindung des einen Gefäßes mußte wegen Aneurysmas des anderen auch dieses unterbunden werden. Außer einem mäßigen, noch 7 Monate nach der zweiten Operation bestehenden Ödem hatten beide Eingriffe keine weiteren üblen Folgen. Leichte Paresen, die nach beiden Operationen eingetreten waren, verschwanden nach einigen Wochen. Das Ödem sieht Verf. als Folge einer Reizung der Vasodilatatoren an.

Engelmann (Dortmund).

49) Shepherd. The treatment of aneurysm of the external iliac artery by digital compression.

(Annals of surgery 1903. Oktober.)

Die im Jahre 1848 von Knight zuerst eingeführte Digitalkompression wandte S. in einem Falle von fusiformem Aneurysma der rechten Leistengegend an, da von dem Pat. die Operation verweigert wurde, außerdem das Aneurysma soweit nach oben reichte, daß für die Unterbindung nur die Iliaca communis in Frage zu kommen schien. Die Gegend der Anschwellung wurde rasiert, desinfiziert und eingepudert. Dann wurde über die Zeit von 24 Stunden andauernd Digitalkompression abwechselnd durch 12 Studenten ausgeübt, indem jeder immer 5 Minuten lang komprimierte. Durch diese Kompression wurden nach den ersten 4—5 Stunden so starke Schmerzen hervorgerufen, daß dem Pat. eine Morphiuminjektion

verabreicht werden mußte. Nach 12stündiger Kompression hatte die Geschwulst bereits zu pulsieren aufgehört. Pat. wurde noch einige Wochen im Bette gehalten, während welcher Zeit das Aneurysma kleiner und hart wurde. 6 Monate nachdem Pat. das Hospital verlassen hatte, war eine Pulsation in dem hart gewordenen Aneurysma nicht wieder zu fühlen. **Herhold** (Altona).

50) **K. Gerson.** Apparat zur Mobilisierung des Hüftgelenkes und zur Behandlung von Klump- und Plattfüßen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

G. beschreibt einen Hebelapparat zur aktiven Streckung und passiven Beugung von Hüft- und Kniegelenk, anwendbar auch zur Behandlung von Deformitäten des Fußes. Der Apparat erinnert an Zander. **J. Riedinger** (Würzburg).

51) **Julliard.** Über die isolierte Abrißfraktur des Trochanter minor.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 1.)

J. veröffentlicht einen Fall der außerordentlich seltenen Abreißung des Trochanter minor bei einem 82jährigen Greis. Er macht für diesen Abbruch den Ileopsoas verantwortlich, welcher am Trochanter minor als einziger Muskel inseriert. Indem der Kranke den Rumpf nach vorn ziehen wollte, um sein Gleichgewicht wieder herzustellen, hat sich der Muskel plötzlich heftig zusammengezogen. Der Rumpf konnte dem nicht rasch genug folgen, wobei eine Kontinuitätstrennung an der schwächsten Stelle, im rarefizierten Knochengewebe des Trochanter minor eintrat. Die hauptsächlichsten Symptome des Bruches sind Deformation der Hüfte und des Schenkels, Ekchymosen, Gebrauchsunfähigkeit des Gliedes, Schmerz und Außenrotation des Beines. Verf. bespricht genau die Differentialdiagnose gegenüber anderen in Betracht kommenden Schädigungen, wie einfache Quetschung, Schenkelhalsbruch, Epiphysenlösung usw. Die Behandlung soll in leichter Auswärtsrotation und halber Beugung der Extremität bestehen. Man kann diese Lage dauernd erhalten, wenn man das Glied auf ein dreieckiges Kissen lagert oder am Knie suspendiert. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

52) **V. Blum.** Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Coxa vara statica.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 19.)

Mitteilung eines Falles mit doppelseitiger Coxa vara bei einer 24jährigen Pat., welche auf der Seite am ausgesprochensten war, auf welcher im 6. Lebensjahre wegen rachitischer Verkrümmungen an zwei Stellen die Osteoklase vorgenommen war (90° gegen 105° der anderen Seite, die nur an einer Stelle frakturiert gewesen war).

Trotz der Verkürzung des rechten Beines hat Pat. dasselbe hauptsächlich zur Stütze benutzt und B. glaubt, auf diese stärkere Belastung die Ursache der hochgradigeren Varität in der gleichseitigen Hüfte beziehen zu sollen.

Hübener (Dresden).

53) **B. Honsell.** Weiterer Beitrag zur akuten Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenkes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 3.)

Vor vier Jahren wurde von v. Bruns und dem Verf. eine monographische Darstellung der Hüftosteomyelitis gegeben, welche sich auf 106 Beobachtungen der Tübinger Klinik stützen konnte. In der vorliegenden Arbeit werden 15 neue Fälle von Hüftosteomyelitis unter Berücksichtigung der inzwischen erschienenen Literatur dazu verwertet, auf bestimmte wichtigere Fragen nochmals zurückzukommen. Pathologisch-anatomisch boten die durchweg primäre Erkrankungen des Oberschenkels darstellenden Fälle in ihren Skiagrammen wie auch bei den Autopsien anschauliche Bilder der schweren Veränderungen am Hüftgelenk, wie

Epiphysenlösungen mit ihren Folgen, Schenkelhalsverbiegungen in verschiedenen Graden und in einem Falle eine Aufrichtung des Schenkelhalses.

Hinsichtlich der Verlaufsweisen und des Ausganges zeigte es sich, daß selten Abszedierung fehlte. Anatomische Veränderungen und klinischer Verlauf wiesen insofern ein deutliches Abhängigkeitsverhältnis auf, als weitverbreitete Weichteilabszesse, Multiplizität der Osteomyelitis und Hinzutreten akuter innerer Erkrankungen, ferner besonders Osteomyelitisrezidive an der Hüfte prognostisch als ungünstig sich fanden. Einen verhältnismäßig gutartigen Verlauf pflegten die osteomyelitischen Prozesse in frühester Kindheit zu nehmen.

Die Resektion des osteomyelitischen Hüftgelenkes wird an der Tübinger Klinik der Regel nach im Halse vorgenommen, wenn die Erkrankung nach objektivem Befund und Skiagramm auf den Kopf-Halsteil beschränkt ist, dagegen in resp. unter dem Trochanter, wenn auch dieser zentrale Veränderungen aufweist.

Von den insgesamt 121 Beobachtungen von Osteomyelitis coxae an der v. Bruns'schen Klinik sind 1) in Heilung ausgegangen 89 (mit Gelenkversteifung 38, mit Spontanverrenkung 29, mit Epiphysenlösung 21); 2) reseziert 19, davon gestorben 3; 3) artikuliert 2, davon gestorben 2; 4) gestorben (ohne Resektion oder Exartikulation) 12.

Eingreifendere operative Maßnahmen wurden also nur in 21 von 121 Fällen, d. h. in 17% vorgenommen. **Blauel** (Tübingen).

54) E. Delbanco. Ein Fall von spontan vereitertem Echinokokkus der Oberschenkelmuskulatur. — Eine färberische Eigenschaft der Echinokokkusmembran.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 100.)

Ein 12jähriges Mädchen trug in der hinteren Oberschenkelmuskulatur eine derbe, kleinapfelgroße, diagnostisch unklare Geschwulst, gegen die versuchsweise antisyphilitisch vorgegangen wurde. Ein spontan sich dort etablierender Abszeß wird eröffnet, und während der Nachbehandlung mit Gazetamponade entleerte sich spontan die Echinokokkencyste, die der Anschwellung zugrunde lag, wonach rasche Heilung. D.'s Abhandlung dreht sich wesentlich um die pathologische Untersuchung des ausgestoßenen Cystenbalges. Derselbe zeigt zwischen den für den Echinokokkussack charakteristischen Lamellen Eiterzellen und Einnistung von Streptokokken. Besonders interessant ist sodann, daß die Membran »säurefest« war: sie hielt, wie die Tuberkelbazillen, Karbolfuchsin gegenüber Säure + Alkohol fest. Die Gründe für dieses Verhalten werden einer näheren Erörterung unterzogen, die ihres geringen chirurgisch-praktischen Interesses wegen hier übergangen wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

55) Mouchet et Dreyfus. Inflexion de l'épiphyse inférieure du fémur simulant la luxation en arrière du tibia dans une ostéoarthrite tuberculeuse du genou.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 5.)

Bei einer 32jährigen Frau hat das Knieleiden vor 11 Jahren begonnen; weder im Anfange noch im Verlauf irgendeine schwere Verletzung des Knochens, keine Rachitis. Bei der Resektion des Kniegelenkes zeigt sich eine Umkrümmung der unteren Femurepiphyse nach hinten, so daß die Gelenkebene sehr schief nach hinten und unten gerichtet ist, wobei sie aber in Berührung mit der Schienbeingelenkfläche bleibt; keine Verrenkung. Man hat den Prozeß offenbar als unter dem Einfluß des tuberkulösen Reizes entstandene trophische Störung aufzufassen, wie sie allerdings am Femur noch nicht, dagegen häufiger an der Tibia gefunden worden ist, sei es nun als Reizung des Epiphysenknorpels und dadurch bedingtes ungleiches Knochenwachstum oder als Folge der Erweichung des Knochengewebes auf entzündlicher Grundlage. **Herm. Frank** (Berlin).

56) **G. Schmidt.** Über die Entstehung und Behandlung der Kniescheibenbrüche mit besonderer Berücksichtigung der Dauererfolge.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 3.)

Das den Ausführungen des Verf. zugrunde liegende Material umfaßt die seit dem Jahre 1890 an der Breslauer chirurgischen Klinik zur Beobachtung und Behandlung gekommenen Fälle von Kniescheibenbruch, im ganzen 52 Einzelfälle. 32mal kam die Kniescheibennaht zur Ausführung, in 22 Fällen im Frühstadium (3.—21. Tag nach dem Unfall), in 10 Fällen im Spätstadium (1—8 Monate).

Die ausführlichen Erörterungen des Verf. über den Entstehungsmechanismus des Bruches stützen sich ganz wesentlich auf seine Studien über die anatomischen Verhältnisse des Kniestreckapparates, deren Ergebnisse, an anderer Stelle ausführlich niedergelegt, hier nur im Auszuge wiedergegeben werden. Verf. faßt dieselben kurz dahin zusammen, daß das Lig. pat. inf. durchaus nicht die einzige Fortsetzung der vorderen Oberschenkelmuskulatur darstellt. Abgesehen von den schwachen Lagen der oberflächlichen Körperfascie stellen sich die systematisch angeordneten und dem Muskelzug unterliegenden Faserzüge der Fascia lata sowie der seitlichen Ausstrahlungen des Rectus und der Vasti, endlich der Sartorius und Subcruralis Hilfsapparate vor, die den Ausfall der Kniescheibe und der mittleren Schichten sowohl in bezug auf die Streckung und Feststellung des Unterschenkels, wie in bezug auf die Beugung und Feststellung des ganzen Beines in der Hüfte voll ersetzen können (cf. d. Bl. 1903. p. 1069).

Bezüglich der eingehenden Einzelheiten in den Ausführungen des Verf. über den Entstehungsmechanismus der Kniescheibenbrüche muß auf das Original verwiesen werden. Unter den 52 Fällen der Breslauer Klinik war der Bruch 18mal durch Stoß, 9mal durch Riß, 25mal durch kombinierte Wirkung entstanden.

Die rein funktionelle Behandlung wird an der Breslauer Klinik so geleitet, daß vom 2.—4. Tage die Kniegelenksgegend, sowie in weiter Ausdehnung die Oberschenkelmuskulatur massiert werden. Nach 8 Tagen steht Pat. mit einem abnehmbaren Gipsverband auf, welcher vom Ende der dritten Woche an wegbleibt. Nun folgen aktive und passive Bewegungsübungen und schließlich solche an medikomechanischen Apparaten. Diese Behandlung tritt in ihr Recht, wenn eine genaue Untersuchung festgestellt hat, daß bei genügender Vorsicht dank den erhaltenen Fascien- und Sehnenapparaten die Bruchstücke keine Möglichkeit haben, wieder auseinander zu weichen.

Von den nicht operativ behandelten Fällen ergab die Nachuntersuchung nur einen »mäßigen« Enderfolg, sonst waren die Resultate durchaus gute.

Für die Beurteilung des Endresultates der kurz nach dem ersten Unfall oder nach der Refraktur operierten Pat. blieben nach Abgang von 3 nicht zu ermittelnden und 2 eben erst entlassenen noch 16 Fälle. Es ergaben sich 12mal ein gutes, 3mal ein mäßiges, 1mal ein ungenügendes Resultat.

Die Operation veralteter Brüche ergab in 3 Fällen ein gutes, in 4 Fällen ein mäßiges und 1mal ein ungenügendes Resultat. Letzteres entsprach bei einem Unfallpatienten nur einem »funktionell« ungenügenden Ergebnis bei tadellosem Tast- und Röntgenbefund.

Der Arbeit sind zahlreiche instruktive Röntgenabbildungen beigegeben.

Blauel (Tübingen).

57) **Reinitz.** Kasuistischer Beitrag zur Verrenkung des Kniegelenkes (Luxatio tibiae anterior).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 204.)

Beobachtung aus dem Hamburger Hafenkrankenhaus.

36jähriger Schauermann, eine Last von 100 kg auf dem Rücken tragend, gleitet von einem Sacke herunter, wobei sein linker Fuß zwischen zwei Säcken festgeklemmt wird. Resultat die obengenannte Verrenkung, welche leicht zu diagnostizieren ist (vorn Tibiakopf, hinten Femurkondylen). Das gestreckt gehaltene Bein ist verkürzt, Knochen unverletzt (Röntgenaufnahme). Leichte

Reposition in Narkose durch Überstreckung und angeschlossene Beugung, Gipsverband, Heilung. Doch bestand ca. 10 Monate nach der Verletzung noch Überstreckbarkeit des Knies auf 190°, abnorme Seitenbeweglichkeit um 5° und Muskelabmagerung nebst reduzierter Arbeitsfähigkeit (17,5% Unfallrente).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

58) K. Vogel. Zwei Fälle von seltener Kniegelenksverletzung, behandelt durch einen neuen orthopädischen Apparat.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

Bei zwei männlichen Individuen im Alter von 36 und 48 Jahren war, wahrscheinlich infolge von Zerreißung der Kreuzbänder, Subluxation der Tibia nach hinten eingetreten, die in dem einen Falle habituell geworden war. Verf. ließ einen Schienenhülsenapparat für das Kniegelenk anfertigen, welcher die normale Flexion und Extension des Knies erlaubt, dagegen sowohl jede seitliche Dislokation als besonders die Subluxation der Tibia nach hinten zu verhüten imstande ist

J. Riedinger (Würzburg).

59) M. Donati. Paralisi del nervo ischiadico popliteo esterno consecutiva a lussazione anteriore della gamba.

(Giorn. med. del R. esercito di Roma 1903. Oktober.)

Ein 21jähriger Soldat zog sich beim Sprung in einen Graben eine Verrenkung im Kniegelenke nach vorn zu, welche sofort reponiert wurde. Eine vollständige Lähmung des N. popliteus externus wurde ebenfalls sofort bemerkt und noch 7 Monate später von D. konstatiert. Wurden auch Nervenverletzungen bei Verrenkungen im Knie wiederholt beobachtet, so fand D. in der Literatur nur noch einen kurz beschriebenen analogen Fall (Fall Kaarsberg). D. nimmt an, daß es sich bei seiner Beobachtung um eine Zerrung oder Zerreißung des Nerven gehandelt habe.

A. Most (Breslau).

60) A. Broca. Syphilis articulaire du genou chez l'enfant.

(Concours méd. 1903. Juli 25.)

Die luetischen Gelenkerkrankungen bei Kindern werden oft mit tuberkulösen Osteoarthritiden verwechselt. B. hebt an der Hand folgenden Falles die differentialdiagnostisch wichtigen Punkte hervor:

Ein Kind beginnt das linke Bein beim Gehen nachzuziehen und im Kniegelenk gebeugt zu halten; keine Schmerzen, am Kiegelenk Synovitis mit leichtem Erguß und Verdickung der Synovialis sowie des unteren Femurendes. Gegen Tuberkulose spricht: das Fehlen von Schmerzen bei Druck und Bewegungen, die nur sehr wenig ausgeprägte Muskelatrophie und der geringe Grad der Bewegungseinschränkung. Außerdem aber finden sich die charakteristischen Erscheinungen einer rechtsseitigen Hodensyphilis und spezifische Hautveränderungen. B. läßt es im Zweifel, ob es sich um hereditäre Lues oder um Tertiärerscheinungen einer im frühen Alter erworbenen handelt. Die chronische Synovitis des Kniegelenks ist als Folge einer diffusen gummösen Epiphysenosteomyelitis aufzufassen. Außer der spezifischen Behandlung genügt Bettruhe ohne Fixation des Gelenkes.

Mohr (Bielefeld).

61) Morris. Notes on a case of fusiform aneurysm treated by Matas' method.

(Annals of surgery 1903. Oktober.)

Die von Matas angegebene Methode wurde in einem Falle von ziemlich großem, spindelförmigem Aneurysma der Kniekehle in folgender Weise ausgeführt. Nach Umlegen einer elastischen Binde um den Oberschenkel wurde der Sack des Aneurysmas gespalten, das Blutgerinnsel ausgeräumt und nun mit Catgut Nr. 1 die tiefsten Teile der Wand des Sackes in einer Ausdehnung von 3 Zoll so zu-

sammengenäht, daß ein neues Arterienrohr entstand, welches das Kaliber der normalen Arterie besaß. Nachdem hierüber noch eine zweite Nahtreihe durch die Wand des Sackes gelegt war, wurde die elastische Binde entfernt. Das neugebildete Arterienrohr pulsierte gut, Blut trat nirgends aus demselben aus. Die Wunde wurde hierauf ohne Drainage geschlossen. Die Schwellung des Unterschenkels verschwand bei dem Pat. nach und nach, und es blieb nur eine lähmungsartige Schwäche der dem N. tibialis anterior zugehörigen Muskelgruppe zurück, die sich jedoch nach und nach besserte. Durch die Haut fühlte sich das neugebildete Arterienrohr dicker als normal an. **Herhold** (Altona).

62) **Bobbio.** Sopra un caso di aneurisma spontanea dell' arteria tibiale posteriore.

(Giorn. d. R. accad. di med. di Torino 1903. Nr. 9.)

36jähriger Mann mit spontanem Aneurysma der Art. tibialis posterior nahe der Kniekehle, und spontaner subkutaner Zerreißung des Sackes. Inzision, Ausräumung von Gerinnseln, Exstirpation des Sackes und Unterbindung der Arterie.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

63) **Becker.** Die operative Behandlung der Varicen an den unteren Extremitäten.

(Korrespondenzblatt des allgem. mecklenburgischen Ärztevereins Nr. 231.)

64) **Stein.** Beitrag zur Frage der modernen Varicenoperationen an den unteren Extremitäten.

Inaug.-Diss., Rostock, 1902.

Zwei Berichte über die von Müller in Aachen und Rostock ausgeführten Varicenoperationen.

Von den 138 Operationen wurde der größte Teil, nämlich 117, in allgemeiner Narkose, die übrigen unter Schleich'scher Lokalanästhesie ausgeführt.

Unter den aufgeführten Indikationen sei besonders die Thrombophlebitis hervorgehoben. Aus dieser Indikation wurde die Operation 20mal ausgeführt in Analogie der Jugularisunterbindung bei Sinusthrombose. Hierbei wurde so verfahren, daß möglichst früh der noch nicht thrombosierte Venenstamm der Saphena unterbunden und reseziert und dann die thrombosierte Vene ausgeräumt wurde (s. auch Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXVI).

Die einfache Unterbindung und Durchschneidung des Saphenastammes wurde 38mal, die Resektion eines Teiles der Vene 69mal, die Totalexstirpation nach Madelung 40mal ausgeführt. 2mal mußte eine Amputation des Ober- bezw. Unterschenkels ausgeführt werden.

2mal wurde die Entwicklung eines Karzinoms auf dem Boden eines Ulcus beobachtet. Ein Pat. starb an Lungenembolie.

52 Pat. konnten einer Nachuntersuchung unterzogen werden. Dabei ergab das Trendelenburg'sche Verfahren in 50%, die Operation nach Madelung in 86% der Fälle ein gutes Resultat.

Auf Grund dieses Resultates glaubt B., daß ein wirklicher Dauererfolg mit Sicherheit nur von dem Madelung'schen Verfahren erwartet werden könne.

Die Dissertation von S., die im allgemeinen zu denselben Schlußfolgerungen kommt, bringt außerdem noch einen Auszug sämtlicher Krankengeschichten.

Engelmann (Dortmund).

65) **Kirmisson.** Déformation considérable du membre inférieure gauche consécutive à une ostéomyelite ancienne avec pseudarthrose du tibia et hypertrophie compendatrice du péroné.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 5.)

Bei hochgradigster Formabweichung sehr gute Funktion des Gliedes; die 33jährige Frau versieht ihre wirtschaftlichen Aufgaben vollkommen gut. Bemerkenswert ist einmal das Ausbleiben kompensatorischer Knochenneubildung an der

Tibia bei dem osteomyelitischen Prozeß (auf welche man also bei primärer Resektion des erkrankten Knochens nie mit Bestimmtheit rechnen kann — bei etwaiger Indikationsstellung der Operation wohl zu berücksichtigen!), und dafür das Eintreten des stark hypertrophisch angewachsenen Wadenbeines, welches durch hakenförmige Krümmung die Stütze der Körperlast übernehmen kann. (Hierbei übernimmt also die Funktion des Wadenbeines die Formgebung!)

Herm. Frank (Berlin).

66) **Franke. Eine Absprengungsfraktur des unteren vorderen Tibiarandes in frontaler Ebene.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 1.)

Absprengungen eines typisch geformten Knochenstückes in frontaler Ebene von der vorderen Fläche des unteren vorderen Schienbeinrandes sind sehr selten. F. veröffentlicht einen einschlägigen Fall, bei dem die genaue Feststellung durch die begleitenden Symptome wenig, durch das Röntgenbild jedoch sofort klar und deutlich gelang. Die Verletzung kam dadurch zustande, daß Pat. mit dem linken Fuß auf einer steilen Treppe stolperte, zu fallen drohte und, um dies zu vermeiden, aus ziemlicher Höhe auf den stark dorsal flektierten rechten Fuß sprang. Dadurch wurde der vordere Abschnitt der Talusrolle in senkrechter Richtung gegen die vordere untere Schienbeinkante mit großer Gewalt gepreßt, und hierdurch kam es zu einem tiefgehenden Riß des Schienbeines in frontaler Ebene. Die Behandlung bestand in kurzer Fixation und frühzeitiger Massageanwendung. Es trat volle Gebrauchsfähigkeit der Extremität ein.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

XXXIII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1904.

Der XXXIII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 6. bis 9. April 1904 in Berlin im Langenbeck-Hause statt.

Die Begrüßung der zum Kongreß sich versammelnden Mitglieder geschieht am Dienstag, den 5. April, abends von $8^1/_2$ Uhr ab in einem vorbehaltenen Zimmer des »Spatenbräu«, Friedrichstraße 172; daselbst wird auch das Verzeichnis der angemeldeten Vorträge ausgegeben. Dasselbe Zimmer steht auch für die abendlichen Zusammenkünfte der Mitglieder während der Sitzungstage zur Verfügung.

Die Eröffnung des Kongresses findet Mittwoch, den 6. April, vormittags 10 Uhr im Langenbeck-Hause statt. Während der Dauer des Kongresses werden daselbst Morgensitzungen von 9 bis $12^1/_2$ Uhr und Nachmittagssitzungen von 2 bis 4 Uhr abgehalten.

Die Vormittagssitzung am Mittwoch, den 6. April und die Nachmittagssitzung am Freitag, den 8. April, sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung. Die Generalversammlung wird in ihrer ersten Sitzung über eine in Aussicht genommene Änderung des § 6 der Statuten zu beschließen haben. Der Ausschuß hat in der Sitzung vom 2. Juni 1903 beschlossen, der Gesellschaft den Antrag vorzulegen: in § 6, Abs. 4 der Statuten soll es von jetzt an heißen: durch einmalige Zahlung von 300 ℳ wird die lebenslängliche Mitgliedschaft erworben. In der zweiten Sitzung der Generalversammlung am Freitag, den 8. April, nachmittags wird der Vorsitzende für das Jahr 1905 gewählt.

Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich bis zum 18. März an meine Adresse (Göttingen, Weender Chaussée 14) gelangen zu lassen. Später einlaufende Meldungen können nicht mit Sicherheit auf Berücksichtigung rechnen. Jeder Anmeldung ist eine genaue Angabe beizufügen, ob es sich um einen theoretischen Vortrag, um einen solchen mit Vorstellung von Kranken, oder um eine einfache Demonstration handelt. Dabei möge ausdrücklich hervorgehoben werden, daß Vorträge, deren wesentlicher Inhalt bereits anderweitig mündlich oder gedruckt veröffentlicht wurde, höchstens in Form eines knappen Auszuges oder einer kurzen Demonstration zugelassen werden können.

Die Zeit für einen Vortrag ist durch die Geschäftsordnung auf 20 Minuten, diejenige für Bemerkungen in der Diskussion auf 5 Minuten festgesetzt worden.

Von auswärts kommende Kranke können im Königlichen Klinikum (Berlin N., Ziegelstr. 5—9) Aufnahme finden. Präparate, Bandagen, Instrumente usw. sind mit Angabe ihrer Bestimmung an Herrn Melzer (Berlin N., Ziegelstr. 10—11) zu senden. Derselbe ist auch ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeck-Hauses, Zuwendungen für die Büchersammlung, sowie die Jahresbeiträge der Mitglieder entgegen zu nehmen. Zur Vermeidung von Irrtümern wird um Aufbewahrung der Quittungen gebeten.

Eine Ausstellung von neuen Instrumenten, Apparaten und Gegenständen der Krankenpflege ist, wie alljährlich, in Aussicht genommen.

Ein Demonstrationsabend (Mittwoch, den 6. April, abends 9 Uhr) wird stattfinden, wenn eine genügende Anzahl von Vortragenden sich anmeldet, welche ihre Vorträge an Projektionsbildern erläutern wollen. Bei Einsendung von Anmeldungen an den Vorsitzenden muß dieser Wunsch ausdrücklich hervorgehoben werden. Zugleich ist den Herren Dr. Immelmann (Berlin W., Lützowstr. 72) oder Prof. Dr. Joachimsthal (Berlin W., Magdeburgerstr. 36) hiervon Mitteilung zu machen, welche bereit sind, die nötigen Vorbereitungen zu treffen.

Anmeldungen zur Aufnahme neuer Mitglieder bitte ich bis Montag, den 4. April, an den ersten Schriftführer, Herrn Prof. Dr. W. Körte (Berlin W. 35, Potsdamerstr. 39), zu richten. Die Anmeldung muß die genaue Adresse des Vorgeschlagenen (Name, Titel, Wohnort) enthalten und mit der eigenhändigen Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft versehen sein. Formulare für diesen Zweck können von Herrn Melzer bezogen werden. Die Aufnahme neuer Mitglieder findet in der Ausschußsitzung am Dienstag, den 5. April, vormittags und nach Bedürfnis auch während des Kongresses statt. Die am Dienstag aufgenommenen neuen Mitglieder können gegen Erlegung des Beitrages an Herrn Melzer die Mitgliedskarten von demselben am Mittwoch von 9 Uhr an im Langenbeck-Hause entgegennehmen.

Prof. Dr. Heinrich Braun,
Vorsitzender für das Jahr 1904.

III. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

Der III. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird in der Osterwoche am Dienstag, den 5. April, im Langenbeck-Hause, Ziegelstraße 10/11 stattfinden. Die Eröffnung des Kongresses wird vormittags 9 Uhr erfolgen. In der Nachmittagssitzung findet die Generalversammlung statt. Als Hauptthema habe ich die Pathologie und Therapie der Gelenkkontrakturen ausersehen. Das Referat haben gütigst die Herren v. Mikulicz, Ludloff-Breslau und Gocht-Halle übernommen.

Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald — spätestens bis zum 1. März d. J. — bei Herrn Prof. Dr. Joachimsthal, Berlin W., Magdeburgerstr. 36, anzumelden. Vorzustellende von auswärts kommende Kranke finden Aufnahme in der Königl. chirurgischen Klinik Sr. Exzellenz des Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. v. Bergmann (Ziegelstr. 5—7).

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit der persönlichen Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft gleichfalls an Herrn Prof. Dr. Joachimsthal zu richten.

L. Heusner,
Vorsitzender für 1904.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 7. **Sonnabend, den 20. Februar.** **1904.**

I.

Die Hepato-Cholangio-Enterostomie.

Von

Prof. **Hans Kehr** in Halberstadt.

Bei Cholangitis, bedingt durch Steine im Ductus choledochus und hepaticus, bedient man sich heute wohl allgemein der Hepaticus-drainage.

Bei sonstigen Verschlüssen des Choledochus, unter denen das Karzinom die erste Stelle einnimmt, kann es, wie ich in einem Falle gezeigt habe, gelingen, durch Resektion des Choledochus und Hepaticus mit nachfolgender zirkulärer Naht oder Hepatico-Duodenostomie den Gallenabfluß wieder herzustellen.

Jedenfalls gilt es für mich als Regel, bei allen Obstruktionen des Choledochus den Versuch zu machen, durch direkte Angriffnahme von der Porta hepatis aus das Hindernis zu beseitigen.

Erst wenn es sich zeigt, daß man auf diese Weise nicht zum Ziele kommt, sind Anastomosen zwischen Gallensystem und Darm resp. Magen in Erwägung zu ziehen.

Leicht ist es, eine solche zwischen Gallenblase und Darm resp. Magen herzustellen, schwierig ist die Technik der Choledocho-Duodenostomie und der Hepatico-Duodenostomie.

Ist Choledochus und Hepaticus dicht bis an die Leber heran verschlossen und außerdem der Ductus cysticus obliteriert, so ist es überhaupt unmöglich, die Gallenblase und die großen Gallengänge zur Anastomose zu benutzen. Wir können, wenn wir überhaupt noch etwas tun wollen, nur kleinere Gallengänge zur Anastomose verwenden und müssen also durch die Lebersubstanz hindurch uns zu diesen einen Weg bahnen.

Diese Operation — die Freilegung der kleineren Gallengänge —, die Cholangiostomie, haben bereits Kocher (1882) und Langenbuch (1886) u. a. ausgeführt, und auch der neuerdings von Hirschberg publizierte Fall gehört hierher.

Die einfache Cholangiostomie hat aber den großen Nachteil, daß eine komplette Gallenfistel mit all ihren Widerwärtigkeiten entsteht, wenn das Hindernis am Choledochus resp. Hepaticus nicht von allein schwindet.

Deshalb empfahl Marcel Baudouin (1896) und Langenbuch (1897), die Gallengänge mit einem Abschnitt des Darmes in Verbindung zu bringen, also eine Hepato-Cholangio-Enterostomie auszuführen.

Soviel ich weiß, ist es bisher bei dieser Idee geblieben; ich hatte im Januar d. J. Gelegenheit, die erste Operation dieser Art zu »probieren«.

Es handelt sich um eine 54jährige Witwe aus S., die sonst immer gesund war. Sie hat zweimal geboren. Menopause seit 4 Jahren.

Im Frühjahr 1903 sehr heftiger Bronchialkatarrh (»Influenza«). Danach begannen sich Magenbeschwerden einzustellen, sehr viel Aufstoßen und Sodbrennen, jedesmal nach dem Essen. Dabei keine Schmerzen; Appetit nur zeitweise gering, jetzt sehr gut. Allmählich starke Abmagerung. Stuhlgang dauernd verstopft. Seit Ende Juni ab und zu Erbrechen, das in letzter Zeit häufiger ist und oft alte Speisen (vom Tage vorher) herausbefördert. Abmagerung wurde immer stärker, die Magenbeschwerden hielten an. Mehrere Ärzte stellten Magenerweiterung und Erschlaffung infolge Verengerung des Magenausganges fest und rieten, falls die Abmagerung fortschritte, zur Operation.

Befund: Großer, atonischer Magen; kein Tumor am Pylorus tastbar, da die Bauchdecken sehr gespannt sind. Motorische Funktionen des Magens sehr träge. Dreimalige Magenspülung.

Pat. ist sehr abgemagert und elend, mäßig ikterisch. Im Urin Gallenfarbstoff, kein Eiweiß.

Diagnose: Pylorusstenose, wahrscheinlich karzinomatös (Adhäsionen?)

Operation: 2. Dezember 1903. Schnitt in der Mittellinie oberhalb des Nabels, Schrägschnitt vom Nabel aus nach links unten. Magen groß; hydropische Gallenblase am Duodenum verwachsen. Pylorus frei. Beim Einstechen der Gallenblase spritzt unter gewaltigem Druck im Bogen wasserhelle Flüssigkeit in die Schale. Duodenum von einer harten Infiltration eingenommen, die den Cysticus ringförmig umschließt. Ektomie. Gastroenterostomie v. Hacker (15 Minuten). Tamponade des Leberbettes. Naht. Dauer der Operation 1 Stunde. 40 g Chloroform. Gute Sauerstoff-Chloroformnarkose.

Befund der Gallenblase (pathologisches Institut Marburg): Verdickung der Blasenhalswandungen. Übrige Gallenblasenwandung wenig verändert. Leichte Erweiterung der gesamten Blase.

An mikroskopischen Schnitten durch den verdickten Blasenhals fällt auf; daß die Veränderungen hauptsächlich die äußeren Wandschichten betreffen. Hier besteht eine Sklerosierung des Bindegewebes und Einlagerung lymphknötchenähnlicher Zellanhäufungen in der Umgebung größerer Gefäße. Die sonst so stark entwickelten Drüsen fehlen völlig. Die Schleimhaut ist, von leichter zelliger Infiltration abgesehen, völlig normal, hat schönes, hohes, einfaches Zylinderepithel. Von krebsiger Wucherung ist nichts zu finden. Das elastische Gewebe ist nicht vermehrt. An Schnitten durch den Blasenfundus fällt das völlige Fehlen des Oberflächenepithels, der Faltenbildungen der Schleimhaut, der Drüsen und die schlechte Färbbarkeit der spärlich erhaltenen Reste der Schleimhaut und des Muskelgewebes auf. Soweit erkennbar, fehlen sonstige bemerkenswerte Veränderungen.

Verlauf: Vom 2. Dezember 1903 bis 7. Dezember gut und fieberfrei.

Am 7. Dezember spontaner Stuhlgang, grau verfärbt.

Am 10. Dezember vermehrter Ikterus, besonders der Conjunctiven.

16. Dezember. Verbandwechsel. Entfernung der Tampons, die sehr fest sitzen, der langen Fäden bis auf einen und sämtlicher Nähte. Wundtrichter sehr eng, Wunde sieht gut aus. Ausspülung. Tamponade.

28. Dezember. Pat. ist stärker ikterisch. Appetit nimmt täglich zu, gutes Allgemeinbefinden.

3. Januar 1904. Ikterus ist noch stärker geworden, starkes Hautjucken.

6. Januar. Sehr starker Ikterus. Befinden sonst unverändert. Ein langer Faden liegt noch sehr fest in der bereits stark verengten Wunde.

Der Pat. wird gesagt, daß man in leichter Narkose den Faden entfernen wolle, den Angehörigen auseinandergesetzt, daß wegen des starken Ikterus ein neuer Eingriff nötig sei. Befund und klinischer Verlauf sprechen zwar für ein Karzinom, doch wurde im Marburger pathologischen Institut nichts davon entdeckt. Liegt Karzinom vor, ist allerdings jede Nachoperation von geringem Wert, ist der Prozeß aber ein gutartiger, rein entzündlicher, so kann man durch eine neue Operation sehr wohl nützen. Von der Porta hepatis aus ist jedes Vorgehen zwecklos: das hatte schon die erste Operation gezeigt. Der Choledochus war in harte Schwielen eingebettet, und diese verhinderten eben den Abfluß der Galle nach dem Darm hin. Es blieb nur übrig, eine Cholangiostomie oder eine Cholangio-Enterostomie. Die erstere Operation mußte eine komplette Gallenfistel ergeben, da ja der Choledochus schon jetzt völlig undurchgängig war. Eine Cholangio-Enterostomie war das bessere Verfahren.

Operation: 8. Januar 1904. Der alte Fistelgang wird gereinigt und mit steriler Gaze ausgestopft. Längsschnitt am äußeren Rande des rechten M. rect. abd. Leber mäßig groß. Ein 6 cm langes, 2—3 cm breites elliptisches Stück wird aus dem unteren Leberrand herausgeschnitten und das Loch mit dem Paquelin gehörig

vertieft. Dadurch steht zugleich die Blutung (zwei Unterbindungen). Einige größere Gallengänge sind eröffnet und man sieht deutlich Galle ausfließen. Das naheliegende Duodenum wird nach 6 cm langer Eröffnung auf die Ränder der Leberwunde genäht. Einige Nähte schneiden durch, da die Leber etwas morsch ist. Ohne Tamponade wird die Bauchhöhle geschlossen. Operation dauerte 60 Minuten, die Narkose 65 (15 g Chloroform). Sehr gute Chloroform-Sauerstoff-Narkose. Im Beisein des Herrn Dr. Pagenstecher-Mexico.

Puls nach der Operation gut. Der lange Faden wird entfernt.

Verlauf: 12. Januar Verbandwechsel. Aus dem alten Fistelgang läuft etwas Galle. Heute Stuhl nach Einlauf, Stuhl braun. Urin viel heller. Ikterus hat bereits erheblich nachgelassen. Befinden gut. Pat. fängt an zu essen.

15. Januar Pat. erholt sich sehr, Ikterus gering, Stuhl braun, Urin hell, Hautjucken beseitigt. Die angelegte Anastomose funktioniert also gut.

17. Januar. Fäden entfernt. Wunde per primam geheilt. Ikterus noch geringer, Appetit nimmt sehr zu.

6. Februar. Pat. wird wesentlich gebessert entlassen. Gewichtszunahme.

Epikrise: Ich habe der Krankengeschichte nur wenige Bemerkungen hinzuzufügen.

Die Technik der Operation ist sehr einfach und bedarf keiner besonderen Erläuterung.

Nach dem bisherigen Verlauf ist es wahrscheinlich, daß der Verschluß am Choledochus durch entzündliche Schwielen, hervorgerufen durch das Ulcus des benachbarten Duodenum, bedingt ist. Derartige Choledochusobstruktionen gehören zu den Seltenheiten; denn am häufigsten wird der Verschluß des Choledochus und Hepaticus durch Steine bedingt; ich bemerkte schon oben, daß man in solchen Fällen auf direktem Wege das Hindernis beseitigen wird. Mir ist das bei mehr als 200 Choledochotomien resp. Hepaticusdrainagen stets gelungen, und ich würde eine Cholangiostomie oder Hepato-Cholangio-Enterostomie bei solchen Zuständen für einen Fehler halten.

Ebenso würde ich nicht zu solchen Operationen raten, wenn das Hindernis durch ein primäres oder sekundäres Karzinom der Leberpforte, dessen radikale Entfernung unmöglich ist, bedingt wird. In solchen Fällen nützen wir mit einem einfachen Instrument — der Morphiumspritze — viel mehr.

Nur in zweifelhaften Fällen, wie dem meinigen, ist die Cholangio-Enterostomie gestattet. Denn ist der Verschluß ein rein entzündlicher resp. durch entzündliche Schwarten bedingt, dann kann es in der Tat gelingen, die drohende Cholämie zu beseitigen und das Leben der Kranken zu erhalten. Da die sichere Unterscheidung der karzinomatösen von den fibrös-entzündlichen Schwarten und Verdickungen nach Freilegung der verlegten Gallengänge nicht immer gelingt, ist es geboten, die Idee Baudouin's und Langenbuch's öfters, als es bis heute geschah, zu verwirklichen.

Ich habe den obigen Fall, obwohl sein Ausgang noch nicht sichergestellt ist, schon jetzt mitgeteilt, weil der Zweck der Operation — die Galle aus kleinen Gallengängen nach dem Darme hinzuleiten — vorläufig erreicht ist. Es scheint, als ob das Leber-

gewebe durch die direkte Berührung mit dem Darminhalt in keiner Weise alteriert würde; genauen Aufschluß darüber könnte nur eine Sektion geben. Ich hoffe, daß diese noch recht lange auf sich warten läßt, so daß ich erst nach vielen Jahren über den schließlichen Ausgang des Falles zu berichten brauche.

II.

Nierendekapsulation, Nephrokapsektomie (Edebohls) und Nephrolysis (Rovsing).

Von

Prof. Dr. **G. M. Edebohls** in Neuyork.

Die Äußerung Maragliano's (Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903 Bd. XXIV p. 521—525): »L'operazione eseguita da Edebohls e la nefrolisi propostata da Rovsing in ultima analisi sono un solo ed unico intervento« ist nur der Widerhall eines mehr oder weniger verbreiteten und doch nicht leicht erklärlichen Mißverständnisses. Dieses Mißverständnis zu beseitigen ist Zweck dieser Mitteilung.

Die vom Verf. (Med. record 1901, Mai 4, p. 691) vorgeschlagene Nierendekapsulation zur Heilung der chronischen Nephritis besteht in der Exzision der Capsula propria renis, nach Trennung derselben von der umgebenden Capsula adiposa und Abschälung derselben von der ganzen Nierenoberfläche. Die entblößte Niere wird in die Fettkapsel zurückversenkt und die Wunde geschlossen. Beide Nieren werden prinzipiell gleichzeitig operiert; bei 72 von mir wegen Nephritis chron. operierten Pat. wurde die Dekapsulation beider Nieren in einer Sitzung 68mal, die einseitige Dekapsulation 4mal ausgeführt. Man sollte glauben, daß über das Wesen der hier kurz skizzierten Operation ein Mißverständnis kaum obwalten könne. Trotzdem ist es Vindevogel (Médecin Bruxelles 1903, April 26, p. 132) in einer Besprechung meiner jüngsten Arbeit über Nierendekapsulation wegen Nephritis nicht recht klar, ob ich die totale Exzision der Capsula suprarenalis oder bloß die Trennung ohne Exstirpation der Nebenniere von der Niere übe!

Die Resultate meiner Dekapsulationen wegen Nephritis chronica, der Nephritis médicale der Franzosen, habe ich bereits zweimal (Med. record 1901 Dezember 21 und ibid. 1903 März 28) veröffentlicht, seit der ersten Publikation hat die Operation seitens amerikanischer, weniger seitens europäischer Chirurgen Anklang und Nachahmung gefunden, so daß Guiteras (New York med. journ. 1903 November 14) bereits aus der Literatur und nach brieflicher Anfrage, über 88 von 42 verschiedenen amerikanischen Chirurgen gemachten Operationen berichten konnte. Rechnet man meine 72 Operationen dazu und noch etwa 30—40 anderer Operateure, von denen ich

Kenntnis habe, die aber nicht in der **Guiteras**'schen Arbeit erscheinen, so ergibt sich das Gesamtfazit von etwa 200 mir bekannten Dekapsulationen wegen Nephritis chronica.

Über die Ausdehnung der Nierendekapsulation auf Nephritis acuta und acutissima, akute Pyelonephritis mit miliaren Abszessen, Hydronephrose, Pyonephrose, polycystische Entartung der Niere und puerperale Eklampsie renalen Ursprungs nebst einschlägigen eigenen Fällen habe ich (Brit. med. journ. 1902 November 8 und New York med. journ. 1903 Juni 6) berichtet. **Whitacre** (Journ. of the amer. med. assoc. 1903 Bd. XL p. 1409) hat in einem Falle von Suppressio urinae 8tägiger Dauer mittels beiderseitiger Nierendekapsulation vollständige Heilung erzielt.

Über die Nephrolyse von **Rovsing** ist mir nur eine Publikation, diejenige von **Rovsing** selbst (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1902 Bd. X Hft. 3 u. 4) bekannt. Die Nephrolyse bezweckt die operative Befreiung der in Entzündungsadhärenzen eingeklemmten Niere und besteht prinzipiell in der zwischen Capsula propria und Fettkapsel oder innerhalb letzterer vorgenommenen Trennung der Niere von den umgebenden Geweben, wobei die Verbindung zwischen Niere und deren fibröser Kapsel nicht gestört werden soll. In den von **Rovsing** mit bewunderungswürdiger Genauigkeit beobachteten und musterhaft berichteten 17 Fällen meist chirurgischer Nephritiden wurde die Nephrolyse 9mal, und zwar immer nur an einer Niere, geübt. Rein, d. h. ohne gleichzeitige Dekapsulation oder Nephrotomie oder beide, scheint dieselbe überhaupt nicht zur Ausführung gekommen zu sein. Sechsmal wurde die Capsula propria teilweise und einmal gänzlich, aber immer unbeabsichtigterweise von der Niere mit abgezogen: also sieben unfreiwillige partielle oder totale Nierendekapsulationen. Tatsächlich läßt sich ja die Nierendekapsulation ohne begleitende Nephrolyse, i. e. ohne gleichzeitige Trennung der Fettkapsel von der Capsula propria nicht ausführen. Somit ist folgender Passus in dem Berichte **Cavaillon**'s (Lyon méd. 1903 Bd. CI p. 257) über einen von **Jaboulay** operierten Fall: »Le 3 juillet M. **Jaboulay** opére et pratique la néphrolyse de **Pousson** (sollte heißen **Rovsing**) et la néphrocapsulectomie d'**Edebohls**«, in re Tautologie, nicht unanfechtbar.

Nach genauer Lektüre der **Rovsing**'schen Arbeit, Wort für Wort, kann ich nicht unterlassen, die Diagnose »Nephritis chronica« in einer Anzahl der von **Rovsing** als solche gedeuteten Fälle zu beanstanden. Allzuoft stützt **Rovsing** die Diagnose chronische Nephritis hauptsächlich auf einen bei der Operation vorkommenden, aber nach meiner Ansicht falsch gedeuteten makroskopischen Nierenbefund. So lesen wir p. 299: »Das Nierengewebe ist in diesem Teile der Niere **cyanotisch, etwas mürbe**, bietet aber sonst bei makroskopischer Betrachtung nichts Abnormes dar«; p. 301: »Das Nierengewebe cyanotisch, sonst, soweit man sehen kann, normal«; p. 305:

»Bei der Untersuchung der hervorgezogenen Niere zeigt sich, daß das Gewebe des oberen Teiles stark cyanotisch ist und aus der entblößten Partie blutet, während die untere Hälfte von normaler Farbe ist. Sonst bemerkt man an der Oberfläche (und auch bei der Spaltung) nichts Abnormes«; p. 320: »Das Nierengewebe in dem unteren Pole bläulich und cyanotisch. Die oberen zwei Drittel der Niere sind von vollständig normalem Aussehen«.

Auf solche Befunde hin die Diagnose Nephritis chronica zu stellen oder zu stützen, ist durchaus ungerechtfertigt und befremdet namentlich seitens eines Chirurgen von Rovsing's Bedeutung und Erfahrung. Die Nephritis chronica bietet bei der Operation immer nicht zu verkennende und von den oben beschriebenen weit abweichende makroskopische Merkmale, welche hier anzuführen zu weit führen würde. Die von Rovsing beschriebenen allgemeinen und lokalen Kongestionen und blutigen Infiltrationen der Niere sind lediglich die Folgen der dem Organ während der Operation zugefügten Traumen.

Rovsing selbst betont, daß in allen der vier oben zitierten Operationen die Lösung der Niere aus ihren Verwachsungen so schwierig war, daß die Capsula propria — unbeabsichtigerweise — teilweise mitentfernt wurde — also eine unfreiwillige partielle Dekapsulation —, und die beschriebenen Erscheinungen gelten für die so entblößten Partien der Niere. Nun aber ist es jedem in der Nierenchirurgie erfahrenen Kollegen längst bekannt, daß es bei Versuchen, die Niere bloßzulegen und event. in die Wunde zu dislozieren, sehr häufig zu Kongestionen, cyanotischer Verfärbung und Blutextravasationen entweder in einem Teile oder in der ganzen Niere kommt. Den sicheren und unantastbaren Beweis, daß diese Erscheinung operative Schöpfung ist, liefert die Tatsache, daß sich dieselbe sehr häufig, ja gewöhnlich unter dem Auge des Operateurs entwickelt und abspielt. Eine normal aussehende Niere wird plötzlich an einer Stelle dunkelblau; die Kongestion, cyanotische Verfärbung oder auch Bluterguß breitet sich mehr oder weniger langsam von dieser Stelle über eine umschriebene Partie, mitunter auch über die ganze Nierenoberfläche aus. Bei mehr denn 500 eigenen Nierenoperationen jeder Art habe ich diese Erscheinung dutzend Male beobachtet. Auch macht die Häufigkeit, mit welcher Rovsing ausgedehnte Verwachsungen der Niere mit deren Umgebung antrifft, etwas stutzig. Perinephritis chronica von solch beträchtlicher Entwicklung habe ich selbst nur bei suppurativen Prozessen oder bei Neubildungen in der Niere und bei der sekundären Nephrektomie angetroffen. Unter sonstigen Verhältnissen ist die chronische Perinephritis, obwohl häufig vorkommend, selten von einer solchen Intensität, daß von Kompression der Niere die Rede sein dürfte. Es ist nicht immer leicht, mitunter sogar sehr schwierig, eine normal gelagerte und normal befestigte Niere zur Operation oder zur Exploration in die Wunde zu verlagern. Sollte Rovsing vielleicht, in wenigstens einem Teile

seiner Operationen, normale Befestigungen für perinephritische Verwachsungen angesprochen haben?

Die Nephrolyse also bezweckt Lösung der Niere aus perinephritischen Verwachsungen und damit Befreiung des Organs von Kompression; die Capsula propria bleibt dabei prinzipiell unversehrt und mit der Niere in Verbindung. Die Nephrokapsektomie dagegen strebt die Herstellung neuer Blutbahnen zwischen Niere und deren Umgebung an. Beide Verfahren müssen einstweilen, bis der genaue Modus operandi der Heilwirkung genügend aufgeklärt sein wird, als empirisch betrachtet werden. Die Nephrolyse als alleinige, selbständige Operation, d. h. ohne gleichzeitig begleitende Dekapsulation, Nephrotomie u. dgl. m. in verschiedener Kombination, scheint bisher noch nicht in Anwendung gekommen zu sein; eben deshalb dürfen die von Rovsing berichteten Resultate keineswegs als beweisend für die Nephrolyse gedeutet werden. Nach Rovsing selbst kann die Nephrolyse nur in den relativ seltenen Fällen von chronischer Nephritis mit Kompression der Niere durch perinephritische Verwachsungen indiziert sein; Nachahmer scheint die Operation nicht gefunden zu haben. Mein Verfahren der Nierendekapsulation dagegen ist indiziert bei der chronischen Nephritis überhaupt und als solcher; dasselbe wird bereits von namhaften Internisten als existenzberechtigt angesehen und von zahlreichen Chirurgen geübt.

III.

(Aus der chir. Abteilung des Dr. Krajewski im Kindlein Jesu-Hospital zu Warschau.)

Über eine Modifikation der aseptischen Kathetereinführung.

Von

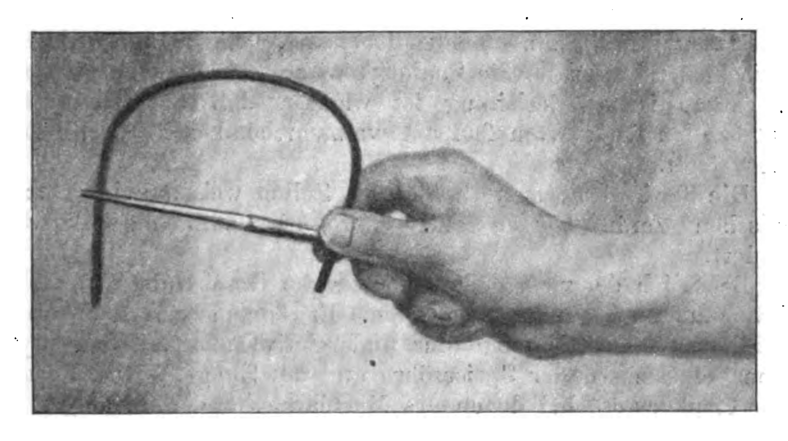
J. Świątecki.

Ein Hauptnachteil des weichen Nélaton'schen Katheters besteht darin, daß das Instrument, um in die Harnröhre eingeführt zu werden, mit den Fingern in der Nähe der Spitze, d. h. jenes Teiles, welcher unmittelbar mit Harnröhre und Blase in Berührung kommt, gefaßt werden muß. Zwar soll dieser Manipulation eine gründliche Desinfektion der Hände vorangehen, indessen reden die Tatsachen eine andere Sprache: abgesehen von den Kranken, welche gezwungen sind, mehrmals am Tage sich den Katheter einzuführen, muß zugegeben werden, daß selbst der moderne Chirurg seine Hände vor einer Katheterisierung nicht mit derselben Sorgfalt desinfizieren wird, wie vor einer Laparotomie, zumal nicht immer und nicht überall diejenigen Verhältnisse vorhanden sind, an die man im Operationssaal gewöhnt ist.

Aus diesem Grunde will ich der Öffentlichkeit eine Methode preisgeben, welche seit einigen Jahren von mir und den Abteilungskollegen geübt wird und eine Infektion der Harnröhre durch die Hände absolut ausschließt.

Die Methode läßt sich kurz so zusammenfassen, daß man den Katheter mittels anatomischer ausgekochter Pinzette einführt.

Es soll nun die Technik der Manipulation näher erörtert werden. Wir dürfen nicht vergessen, daß uns zur Einführung des Katheters nur eine Hand zur Verfügung steht, während die andere das Glied festhält resp. die Schamlippen auseinanderhält. Mit zwei oder drei Fingern der linken Hand wird nun das Pavillonende des Katheters, welcher ja mit der Harnröhre nicht in Kontakt kommt,



erfaßt; dann wird der Katheter mittels der Pinzette mit sterilisiertem Vaselin bestrichen; schließlich wird er selbst mit der Pinzette in der Nähe der Spitze gefaßt und die linke Hand freigemacht, indem das Pavillonende des Katheters zwischen Daumen der rechten Hand und die Pinzette gebracht wird. Der Katheter nimmt dann die Gestalt eines C, mit der Pinzette jedoch eines D an, wie aus beigefügter Zeichnung ersichtlich. Es empfiehlt sich, eine lange sog. gynäkologische Pinzette zu benutzen.

Der letzte Akt, das Einführen des Katheters selbst, geschieht mühelos: während die linke Hand das Glied umfaßt, wird das Ende des Katheters in die Harnröhrenmündung eingeführt und dann das Instrument mit der Pinzette einfach weitergeschoben.

Diese Manipulation wird auch von den Pat. selbst, wie uns die Erfahrung gezeigt hat, ohne weiteres erlernt.

---

1) **E. N. Cunliffe.** The blood in malignant disease.

(Med. chronicle 1903. September.)

Verf. hat in 110 Fällen bösartiger Geschwülste (91 Karzinome, 19 Sarkome) Blutuntersuchungen ausgeführt, deren wesentlichste Resultate in kurzem folgende sind:

Rote Blutzellen. Sie zeigen Abnahme der Färbekraft, Veränderungen der Form. Ihre Zahl ist bei vorgeschrittenem Krankheitsstadium, bei Vorhandensein von Metastasen oder Hämorrhagien vermindert, in früheren Stadien kann gleichfalls eine Verminderung nachweisbar sein, doch ist sie durchaus inkonstant. Der wichtigste Befund ist die stets beobachtete Abnahme des Hämoglobingehaltes, die nicht im Verhältnis zur Verminderung der Zahl zu stehen braucht und frühzeitiger beginnen kann als die letztere.

Weiße Blutzellen. Ihre Zahl ist gewöhnlich vermehrt; bei Metastasenbildung, zunehmender Kachexie, Hämorrhagie, Ulzeration, septischer Infektion ist die Leukocytose am stärksten ausgesprochen. In diagnostischer Beziehung ist wichtig, daß die polynukleären neutrophilen Leukocyten fast stets vermehrt sind, selbst wenn Leukocytose fehlt.

Die übrigen Formen der weißen Zellen weisen keine charakteristischen Veränderungen auf. Gewöhnlich sind sie relativ vermindert.

Bezüglich des verschiedenen Sitzes der Geschwulst sind wichtige Abweichungen nicht hervorgetreten. Erwähnenswert ist die geringe Verminderung des Hämoglobins und relativ hohe Zahl der Erythrocyten bei Krebsen der Speiseröhre und der Zunge, sowie die erhebliche Leukocytose bei denen des Mastdarmes und der Zunge.

Bei den Sarkomen waren die gleichwertigen Veränderungen bemerkbar, in der Regel stärker hervortretend.

Kleinschmidt (Kassel).

---

2) **Gros.** Sur quelques manifestations locales rares du paludisme.

(Caducée 1903. p. 157.)

Verf. berichtet über seltene Lokalisationen der Malaria an der Parotis, dem Wurmfortsatz, Hoden und den weiblichen Genitalien. In den schon vorher chronisch veränderten Organen lokalisieren sich beim Ausbruch eines Malariaanfalles entweder die Parasiten selbst oder die Toxine und bringen die bisher latente Erkrankung in ein akutes Studium. Ihr Zusammenhang mit Malaria ergibt sich aus dem Nachweise der Parasiten im Blut und der prompten Wirkung des Chinins auf die lokalen entzündlichen Erscheinungen. Die Appendicitis trat in einigen Fällen des Verf. so schwer auf, daß eine Operation angezeigt erschien; trotzdem gingen alle Erscheinungen rasch auf Chinin zurück; die Erkrankung kann bei späteren Malariaanfällen jedesmal von neuem auftreten; wahrscheinlich lokali-

siert sich die Malaria nur in einem schon vorher chronisch entzündeten Wurmfortsatz, oder die Magen-Darmstörungen, welche häufig die Malariaanfälle begleiten, bringen die bisher latente Erkrankung zum Ausbruch. Die Beziehungen zwischen Appendicitis und Malaria sind dreifacher Art. Erstens kann eine Appendicitis mit Malaria verwechselt werden, was in Malariagegenden häufig vorkommen soll. Appendicitis und Quotidiana haben viele gemeinsame Symptome. Zweitens kann ein Malariaanfall mit hervortretenden Magen-Darmstörungen als Appendicitis angesehen werden. Die Blutuntersuchung entscheidet hier. Drittens können beide Erkrankungen miteinander vorkommen. In zweifelhaften Fällen entscheidet die Wirkung des Chinins. **Mohr** (Bielefeld).

---

3) **L. Remy.** Contribution à l'étude du mécanisme de l'immunité naturelle contre la bactéridie charbonneuse.

(Mém. couronnés et autres mém. publ. par l'acad. royale de méd. belgique T. XVIII. Fasc. 3 u. 4.)
Bruxelles, 1903.

Die Untersuchungen des Verf. waren hauptsächlich darauf gerichtet, den Nachweis zu erbringen, daß auch bei der natürlichen Immunität gegen Milzbrand im Serum neben dem Komplement (»alexine« Bordet) ein Ambozeptor (»semibilisatrice« Bordet) vorhanden ist. Sie wurden in der Weise angeordnet, daß in 20 Tropfen des zu prüfenden Serums plus 2 Tropfen Bouillon 1—3 Ösen einer 20—24stündigen Milzbrand-Bouillonkultur zugesetzt wurden. Nach 24stündigem Verweilen im Thermostaten wurde eine Öse dieser Flüssigkeit auf festen Nährboden ausgestrichen und nach weiteren 24 Stunden das Resultat notiert.. So wurden die Sera von weißer Ratte, Kaninchen und Pferd, Meerschweinchen, Schaf und Ziege geprüft. Bei den drei erstgenannten Tieren ließ sich ein Ambozeptor für Milzbrand nachweisen, dessen Resistenz gegen Temperaturen von 60—61° etwa dem Grade der Resistenz gegen die Milzbrandinfektion gleichkam. Entsprechend der Empfänglichkeit junger Kaninchen für die Infektion war ihr Serum in vitro nicht bakterizid; diese Eigenschaft wurde erst bei älteren Kaninchen von zwei und mehr Jahren nachgewiesen. Meerschweinchen, Schaf und Ziege besitzen ein nicht bakterizides Serum, das dementsprechend auch keinen Ambozeptor für Milzbrand enthält. **M. v. Brunn** (Tübingen).

---

4) **L. Ihrig.** Wundbehandlung nach biologischem Prinzip.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 1.)

Verf. bemüht sich, den Widerspruch klar zu machen, welchen er in dem heutigen antiparasitären Prinzip der Wundbehandlung gegenüber unseren Kenntnissen über den Vorgang der Wundinfektion findet. Es ist eine unanfechtbare Tatsache, daß die Wundinfektion parasitären Ursprunges ist, ferner, daß es allen Anstren-

*

gungen der Antisepsis nicht gelingt, diesen Faktor auszuschalten, weil es unmöglich ist, eine Keimfreiheit der Hände zu erzielen. Ferner ist es sicher, daß der infektiöse Keimgehalt spontan selten zur Entwicklung gelangt, dagegen nach Eingriffen häufig emporschießt. Der Grund für diese letzte Tatsache liegt darin, daß durch physische und chemische Schädigung der Gewebe den pathogenen Keimen sowohl der Boden für ihre Entwicklung geschaffen, als auch die Widerstandskraft des Gewebes gegen die Infektion herabgesetzt wird. Es folgt daraus als Postulat für die Wundbehandlung die Fernhaltung von mechanischen und thermischen Reizen und der einen Zelltod herbeiführenden Austrocknung der Gewebe. Erreicht wird diese Forderung durch Vermeiden jeden Auswischens der Wunde zum Zwecke der Reinigung, durch Anwendung körperwarmer Media der Wundbehandlung und durch feuchte Behandlung der Wunden. Bei letzterer sind aber, als gleichfalls das Gewebe schwer schädigend, sämtliche Antiseptika zu vermeiden. Als das biologisch entsprechendste Medium für die Wunde ist Blut anzusehen oder eine Flüssigkeit, welche in ihrer chemischen Zusammensetzung demselben möglichst nahe kommt. Diese Bedingung erfüllen die Ringer'sche und die Locke'sche Lösung[1], und letztere wird tatsächlich von dem Verf. in ausgedehntester Weise bei der Wundbehandlung verwendet. Das Nahtmaterial und die Tupfer passieren diese Lösung, das Wundsekret wird mit derselben abgespült und die zum Verband bestimmte Gaze kommt mit der Locke'schen Lösung gefüllt auf die Wunde. Verf. ist mit den Resultaten dieser Wundbehandlung nach biologischem Prinzip sehr zufrieden.

Blauel (Tübingen).

---

5) **Sergent.** Levure de bière et suppuration.

(Annal. de l'institut Pasteur 1903. p. 631.)

Experimentelle Studien über die Wirkung der Bierhefe auf künstlich hervorgerufene Staphylokokkenerkrankungen der Kaninchenhaut, ähnlich einer Furunkulose. Bei den mit Bierhefe intern behandelten Tieren verlief die Erkrankung schneller und leichter als bei den Kontrolltieren. Wurde die Hefebehandlung bereits 24 Stunden vor der künstlichen Infektion begonnen, so entwickelten sich nur wenige kleine Pusteln, welche nach einigen Stunden eintrockneten. Die Hefewirkung ist nicht konstant, sie ist nur bei oberflächlichen Eitererkrankungen der Haut vorhanden und im allgemeinen sehr vorübergehend. S. extrahierte aus der abgetöteten Hefe den wirksamen Bestandteil durch Mazeration der Hefe in Wasser. Die Wirkung des Extraktes auf Tiere war genau dieselbe wie bei natürlicher Hefe; auch bei einigen Pat. mit Furunkulose war der Erfolg derselbe. Ein derartiger aseptischer Hefenextrakt

---

[1] $CaCl_2$ 0,03%,
$NaHCO_3$ 0,07%,
$NaCl$ 0,9%.

ist der natürlichen Hefe für interne Verwendung jedenfalls vorzuziehen, weil massenhafte lebende Hefe im Magen-Darmkanal nicht immer unschädlich ist. **Mohr** (Bielefeld).

---

6) **Fortescue-Brickdale.** Collargol.

(Bristol med.-chir. journ. 1903. Dezember.)

Nach den Versuchen des Verf. hat Collargol in 5%iger Lösung auf Kulturen von Streptokokken mittlerer Virulenz keine bakterizide Wirkung; im lebenden Blut ist die hemmende Kraft des Collargols wahrscheinlich geringer als in Bouillonkulturen; bei den gebräuchlichen intravenösen Dosen wird die Verdünnung im Blute so stark, daß von einem wirksamen bakteriziden Einfluß auf Streptokokken nicht mehr die Rede sein kann.

Auf Grund seiner Experimente und einer sehr unvollständigen Literaturübersicht hält sich F. zu folgenden Schlüssen für berechtigt: Collargol ist niemals in genügenden Mengen in den Körper eingeführt worden, um das Blut antiseptisch zu beeinflussen, es hat keine Wirkung bei deutlicher Septhämie oder Pyämie. Abfallen der Temperatur und Besserung des Allgemeinbefindens kommen in einigen Fällen allgemeiner Toxämie zustande; in der Hälfte der berichteten Fälle dieser Art blieb das Mittel ohne Wirkung.

Mohr (Bielefeld).

---

7) **Gidney.** Adrenalin in general surgery.

(Indiana med. gaz. 1903. Oktober.)

Mitteilung von Fällen, in welchen sich Adrenalin in Lösung von 1 : 1000 zur Blutstillung bewährte, so bei Verletzung eines größeren Astes der Art. meningea media, bei starken Hämorrhoidal-, Nasen- und Zahnblutungen, auch zur Blutstillung vor der Bedeckung einer Wundfläche mit Thiersch'schen Transplantationen, ferner bei Operationen an den Augenlidern und der Bindehaut; bei Entzündungen der letzteren wirkt Adrenalin (1 : 2—5000) stark antiphlogistisch. **Mohr** (Bielefeld).

---

8) **Exner** und **Holzknecht.** Die Pathologie der Radiumdermatitis.

(Sitzungsbericht der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien. Mathem.-naturwissensch. Klasse Bd. CXII. Abt. III. Juli 1903.)

Verff. benutzten bei ihren Versuchen Radiumbromid, welches nach Angaben von Giesel von den Braunschweiger Chininfabriken dargestellt wurde. Das Präparat, welches sehr teuer ist, von dem aber einige Milligramm genügen, ist in einer Kapsel aus Hartgummi und Messing eingeschlossen und durch eine Glimmerplatte abgeschlossen. Die Glimmerplattenseite wird auf die Haut aufgelegt. Die Erscheinungen, welche nach Bestrahlung der Haut mit Radium auftreten, sind die einer akuten Dermatitis. Die Ursache ist die

Radiumstrahlung selbst. Die Veränderungen treten erst nach einer gewissen Latenzzeit auf. Die Bestrahlungszeit steht im umgekehrten Verhältnis zur Latenzzeit, im geraden zur Höhe und Dauer der Reaktion. Verff. schlagen vor, die Veränderungen nach ihrer Intensität in drei Gruppen einzuteilen; Erster Grad: Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit mit Rückbildung zur Norm; zweiter Grad: Blasenbildung mit Hautatrophie; dritter Grad: Mortifikation mit konsekutiver Ulzeration und Ausgang in Narbenbildung. Allen Gewebsbestandteilen der Haut wohnt die gleiche Absorptionskraft inne. Es wird also bereits in den oberflächlicheren Schichten ein großer Teil der Strahlen absorbiert, so daß trotz gleicher Absorptionskraft die zur Absorption kommenden Mengen nach der Tiefe zu stetig abnehmen müssen. Die zur Absorption gekommene Strahlung wird nun in eine andere Energie übergeführt, welche nach Ansicht der Verff. eine chemisch-physikalische ist und eine Dissoziationswirkung ausübt. Diese ist die Urheberin der nekrobiotischen Erkrankung der Zellen, welche mikroskopisch als Zelldegeneration sichtbar wird.

Klingmüller (Breslau).

---

9) **v. Bruns.** Krebsbehandlung mit Röntgenstrahlen.

(Therapie der Gegenwart 1904. Nr. 1.)

Verf. bespricht an der Hand der in der Literatur beschriebenen Fälle, sowie eigener Beobachtungen den heutigen Stand der Radiotherapie bei Karzinomen und kommt dabei zu folgenden Hauptsätzen:

1) Cancroide der Haut (Ulcus rodens) können in sehr vielen Fällen völlig geheilt werden. Bestrahlungsdauer (1—5 Sitzungen) insgesamt 30—60 Minuten. Nach 12—14tägiger Latenzzeit tritt eine Rötung der umgebenden Haut und eine Erweichung und Abflachung des Randwalles ein. Das Geschwür bedeckt sich dann mit Granulationen, die sich allmählich überhäuten. Die Zeitdauer bis zur Heilung beträgt 4—8 Wochen, die Narbe ist wenig sichtbar.

2) Die eigentlichen Karzinome der tieferen Organe können noch nicht geheilt, wohl aber gebessert werden. Das gilt besonders für Brustkrebse. Völlige Heilung ist nur in einem einzigen von v. Mikulicz und Fittig beschriebenen Falle gelungen. — Aus den bisher beobachteten Fällen geht hervor, daß die Röntgenstrahlen imstande sind, Krebsgewebe zum Schwund zu bringen. Für die Unvollkommenheit der Erfolge ist neben der Ungunst des Materials die noch mangelhafte Technik heranzuziehen. Insbesondere ist noch keine sichere Dosierung möglich. Von den anfänglich angestrebten nekrotisierenden Röntgenverbrennungen ist wegen der außerordentlich langsamen Vernarbung Abstand zu nehmen. Bei der Dosierung ist die Nachwirkung der Röntgenstrahlen in Rechnung zu ziehen. Eine intensivere, zur Nekrotisierung führende Bestrahlung ist bisweilen bei sehr voluminösen Geschwülsten zu empfehlen. Die Heilwirkung der Röntgenstrahlen beruht darauf, daß unter dem Einfluß derselben eine Degeneration und vollständiges Zugrundegehen der

Karzinomzellen eintritt. Die Röntgenstrahlen haben eine ausgesprochen elektive Wirkung auf die epithelialen Zellen.

Am Schluß seiner Auseinandersetzungen fordert Verf. trotz der bisher schlechten Resultate zu weiteren Versuchen auf, jedoch nur in sehr günstigen Fällen, wo durch ein Zuwarten nichts versäumt wird (Ulcus rodens) oder in sehr ungünstigen Fällen, wo nichts mehr zu verlieren ist. Die Versuche sollen jedoch in geeigneten Anstalten von sachkundiger Hand geleitet werden. Vor Überschätzung des Mittels wird eindringlich gewarnt! **Silberberg** (Breslau).

---

10) **J. G. Clark.** The treatment of cancer of the uterus by Röntgen rays.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1903. November.)

Verf. erwähnt zunächst die Bemühungen verschiedener amerikanischer Autoren, dem inoperablen Krebs der Portio und Cervix mit Röntgenstrahlen beizukommen, besonders mit dem wassergekühlten Spekulum von Caldwell. Dieses gestattet, die Strahlen konzentriert und unmittelbar an die erkrankte Portio heranzubringen. Durch die Röntgenstrahlen wird manchmal eine Verminderung der Schmerzen und des Ausflusses, auch eine Desodorierung desselben erzielt, ferner in einzelnen Fällen eine Verlangsamung des Wachstums. Delphey sah sogar eine Schrumpfung und völliges Schwinden der Geschwulst. Die Röntgenstrahlen verdienen also in der Palliativbehandlung des Uteruskrebses eine ausgedehntere Anwendung. **Mohr** (Bielefeld).

---

11) **H. Pfeiffer.** Über Bakterienbefunde in der normalen männlichen Urethra und den »Syphilisbazillus« Max Joseph's.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 26.)

In der vorliegenden, aus der Abteilung von Mraček der Wiener Rudolfstiftung stammenden Arbeit teilt P. die bakteriologischen Befunde mit, die er aus der Harnröhre normaler und gonorrhoischer Pat. erhielt. Bei 11 der ersteren Kategorie und bei 6 der zweiten gelang es, Angehörige der Diphtheriegruppe nicht nur im Deckglaspräparat des Sekretes, sondern auch kulturell in reicher Zahl nachzuweisen. Die genaueren bis ins einzelne gehenden weiteren Untersuchungen der gefundenen Stäbchen ergaben, daß es sich nicht um avirulente Diphtheriebazillen, sondern um Vertreter der sog. Pseudodiphtheriebazillen handelte (nachgewiesen durch den von Schwoner angegebenen makroskopischen Agglutinationsversuch).

P. geht nun des weiteren in eine Kritik der von Max Joseph gefundenen »Syphilisbazillen« ein und schließt aus Joseph's Angaben, daß die von ihm (P.) gefundenen Pseudodiphtheriebazillen mit den Joseph'schen »Syphilisbazillen« identisch seien, wenngleich er sich nicht in dem Besitz einer Joseph'schen Syphilisbazillenkultur

setzen konnte. Bei Bestätigung dieser Identität wären die Josephschen Syphilisbazillen ihrer Spezifität entkleidet.

Hübener (Dresden).

---

12) Gibson. A new method of performing perineal section without a guide.

(Annals of surgery 1903. Oktober.)

Die Methode, welche bei impermeablen Strikturen der Harnröhre angewandt wurde, besteht darin, daß nach dem Einführen eines Spekulum in den gereinigten Mastdarm ein scharfer Haken durch die Mastdarmwand in die Vorsteherdrüse eingehakt und durch einen Assistenten gehalten wird. Jetzt werden am Damme die Weichteile bis auf die Gegend der Harnröhre durchtrennt und nunmehr durch Zug die Prostata nach abwärts und etwas nach rückwärts heruntergebracht. Sofort fühlt man in der Tiefe der Wunde jetzt die Harnröhre als einen sich spannenden Strang, welcher eröffnet wird. Zunächst wird eine Sonde, darauf der Katheter in die Blase eingeführt. Die Operation ist in 1—2 Minuten zu beendigen. G. hat neun Fälle auf diese Weise operiert, ohne daß eine Infektion der Prostata eingetreten wäre. Trotzdem will er die Methode nicht in allen Fällen von Striktur, sondern nur bei schwachen, an Nierenkomplikationen, Urininfiltrationen leidenden Pat. angewandt wissen, um eine möglichst schnelle Beendigung der Operation herbeizuführen.

Herhold (Altona).

---

13) Hawley. The surgical problem in prostatic hypertrophy.

(Annals of surgery 1903. November.)

Die Arbeit beginnt mit der Anatomie der Prostata. Die Hypertrophie der Drüse betreffend, ist die Vergrößerung des vor der Harnröhre gelegenen Teiles bedeutungslos, während eine Hypertrophie des retro-urethralen Teiles den Blasengrund nach aufwärts schiebt und eine Verlängerung des prostatischen Teiles der Harnröhre mit Erhebung des vesikalen Endes derselben hervorruft. Hierdurch wird die Urinentleerung erschwert.«

Die Ursachen der Prostatahypertrophie sind heutzutage noch so gut wie unbekannt. Während die einen der Arteriosklerose, der Gonorrhöe einen Einfluß zuschreiben, sehen andere als für die Krankheit prädisponierend eine abnorme Sekretion der Hoden an. Verf. meint, daß noch am ehesten eine abnorme Sekretion der Prostata selbst als Ursache der Vergrößerung angesehen werden könnte. Aus dieser Unkenntnis der Ätiologie resultiert, daß von vorbeugenden Maßregeln vorläufig nicht die Rede sein kann.

Was die Therapie anbetrifft, so ist die Blasenpunktion und die Goldmann'sche Ventrofixation der Blase ohne Einfluß auf das Leiden. Auch die Operationen, welche eine physiologische Schrumpfung bezwecken, wie die Kastration, Vasektomie und Angioneurektomie, sind ungenügend, ja selbst die Bottini'sche Operation

kann nur einen geringen Einfluß ausüben, und zwar nur bei der glandulären Hypertrophie. Verletzungen der Blase sind bei ihr nicht immer zu vermeiden. Die perineale Prostatektomie ist eine radikale, aber sehr schwere mit Verletzung der Harnröhre und Blase einhergehende Hilfe. Als neuere Operationsmethode ist 1) die Andrew'sche zu nennen, welche in einer Durchtrennung des Levator ani einer Seite und des pubo-prostatischen Bandes besteht und 2) die Delagènièr'sche. Diese letztere legt die Prostata wie bei der perinealen Prostatektomie frei, spaltet die Kapsel, zieht die Prostata nach abwärts und versucht sie in dieser Lage zu fixieren.

Verf. hält auch diese Operation für ungenügend. Er schlägt deswegen vor, die Prostata perineal freizulegen, die Kapsel zu spalten und stumpf mit dem Finger zu beiden Seiten abzulösen, endlich von der äußeren und unteren Fläche der Drüse beiderseits Schnitte abzutragen, ohne aber die Harnröhre und die Harnblase zu verletzen. Diese Operation leistet dasselbe wie die Prostatektomie, ist aber bei weitem nicht so eingreifend. **Herhold** (Altona).

---

14) **Lecouillard.** Effets thérapeutiques de la distension vésicale.

(Revue française de méd. et de chir. 1903. Nr. 57.)

L. sucht die Reflexe, welche die ausgedehnte Blase auf die Nieren ausübt, therapeutisch zu verwenden. In einem unter Guyon beobachteten Falle war die Blase vor einer Lithotripsie stärker angefüllt worden; die hierdurch hervorgerufene reflektorische, vermehrte Diurese führte unmittelbar darauf zu starken Nierenkolikanfällen mit Ausstoßung von kleineren Steinen und Gries in die Blase, also zu einer Befreiung der erkrankten Niere von pathologischem Inhalt. Auch sonst wurden, besonders in Fällen von renaler Harnretention, ähnliche Besserungen beobachtet. Bei einer Pyelitis mit Harnretention beobachtete Pasteau, nachdem er zwecks Endoskopie die Blase angefüllt hatte, reichliche Harnabsonderung und Temperaturabfall. Eine später wiederholte Blasenausdehnung bei derselben Pat. hatte den gleichen unmittelbar eintretenden Erfolg. Die Ausdehnung der Blase ist also das beste physiologische Mittel, die Harnsekretion anzuregen. Das Verfahren darf nur bei gesunder Blase versucht werden; die Ausdehnung wird nur solange fortgesetzt, bis die Kranke Drang zum Urinieren bekommt, und die Entleerung darf nicht zu lange hinausgeschoben werden. Unter Umständen muß Anfüllung und Entleerung mehrfach wiederholt werden, um die Nieren andauernd unter dem Einflusse des Reflexes zu halten.

Mohr (Bielefeld).

---

15) **T. Wilson.** Kelly's method of cystoscopy in the female.

(Lancet 1904. Januar 9.)

Verf. empfiehlt angelegentlichst die 1894 von Kelly angegebene Methode der direkten Cystoskopie bei der weiblichen Blase auf Grund seiner Erfahrungen in 250 Fällen. Die Methode beruht bekanntlich darauf, daß sich die Blase bei mit Hilfe eines Spekulums offen gehaltener Harnröhre in Beckenhochlagerung mit Luft füllt und ausdehnt, und zwar durch den beim Zurückfallen der Eingeweide in ihr negativ werdenden Druck. Bei der Kürze der weiblichen Harnröhre sind so die Blasenwände mit Hilfe eines einfachen Spekulums und einer Lichtquelle der direkten Betrachtung zugängig. Auch intravesikale Eingriffe, Anlegen der Schlinge an Polypen, Entfernung von Fremdkörpern, Harnleiterkatheterismus sind nach Verf. leicht mit der Kelly'schen Methode auszuführen. In 90% der Fälle ist eine Anästhesie irgendwelcher Art unnötig, für die Untersuchung genügt meist die einfache Beckenhochlagerung, Knie-Ellbogenlage wurde nur in Ausnahmefällen verwandt. Zu beachten ist, daß das innere Ende des Spekulums richtig in der Blase liegt, und daß die die Blase ausdehnende Luft nach der Untersuchung mit Hilfe eines Katheters wieder herausgelassen wird, da sonst Koliken ausgelöst werden können. Zahlreiche ausführlicher beschriebene Fälle, in denen Verf. die Methode mit Erfolg anwandte, sind in der Arbeit angeführt. **H. Ebbinghaus** (Paris).

---

16) **H. Hartmann.** La séparation intravésicale des urines.

(Arch. internat. de chirurgie Vol. I. Fasc. 2.)

Nach einem kurzen historischen Überblick gibt Verf. eine ausführliche Schilderung des den Lesern des Zentralblattes bereits bekannten Instrumentes von Luys, das in mehr als 200 Fällen mit gutem Erfolge zur Anwendung gekommen ist. Er erwähnt dann noch kurz das kompliziertere Instrument, das Cathelin angegeben und in etwa 100 Fällen erprobt hat. Angesichts der mit diesen beiden Instrumenten erzielten Erfolge sei »der Harnleiterkatheterismus in Paris rapid in Abnahme gekommen«.

Gegenüber den enthusiastischen Schilderungen von den Vorzügen dieser Apparate muß Ref., der vielfach Gelegenheit hatte, die beiden Instrumente zu gebrauchen, energisch betonen, daß der Harnscheider zwar mancherlei Vorzüge hat, aber nie und nimmer den Harnleiterkatheterismus vollkommen ersetzen kann und wird. Dies Urteil wird von maßgebenden Autoren geteilt und ist auch an mehreren Stellen ausgesprochen worden. **Engelmann** (Dortmund).

---

17) **W. Zangemeister.** Über Verwertung der Gefrierpunktserniedrigung des Harnes zur Beurteilung der Nierenfunktion.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 49.)

Die Untersuchungen der letzten Jahre haben ergeben, daß der Grad der Herabsetzung der molekularen Konzentration des Harnes, welcher sich durch reichliche Verabfolgung von (Mineral-) Wasser erreichen läßt, eine neue wesentliche Stütze bei der Beurteilung der Nierenleistungsfähigkeit bildet, und diese Reaktion der Niere bedingt einen gewissen Umschwung in der Verwertung der Gefrierpunktsergebnisse.

Verf. gibt eine prinzipielle Modifikation der Untersuchungsmethode, die er bei Schwangeren und Eklamptischen zur Anwendung gebracht hat, unter Anführung von Beispielen, welche zeigen, daß man den Salzgehalt verschiedener Harne an der Hand des ursprünglichen Gefrierpunktes nicht vergleichen, noch weniger die absoluten Salzwerte danach berechnen kann; hierzu ist eine Verdünnung nötig, durch welche der Gefrierpunkt des Harnes mindestens auf — 0,400°, in Gegenwart von Uraten sogar noch mehr erhöht wird.

»Verdünnt man den Harn immer gleichmäßig in der Art, daß man Urinportionen gleicher Zeiträume stets auf das gleiche Volumen bringt und geht in der Wahl dieses konstanten Volumens soweit, daß der Dissoziationsgrad in allen Urinen möglichst weitgehend, also konstant ist, und alle Harnsalze beim Abkühlen in Lösung bleiben, so verhalten sich die Gefrierpunkte dieser verdünnten Urine direkt wie die Zahl der in den betreffenden Zeitabschnitten ausgeschiedenen Harnsalzmolen.«

Z. kommt zu dem Schlusse, daß das Verdünnen des Harnes uns gestattet, die Diurese beliebig kleiner und großer Zeitintervalle, den Harn verschiedener Individuen und unter verschiedenen Verhältnissen in bezug auf seinen Salzgehalt zu vergleichen, während die Verwertung des unmittelbar beobachteten Gefrierpunktes zu bedenklichen Fehlern führen kann. **Langemak** (Erfurt).

---

18) **Cabot.** Calculous anuria; its diagnosis and treatment.

(Annals of surgery 1903. Oktober.)

Verf. unterscheidet zwei Arten der Anurie. Einmal ist sie die Folge der allmählichen Zerstörung der Nieren nach Pyelitis und Pyelonephritis, welche letztere durch Reizung von Becken- oder Nierensteinen hervorgerufen wurden. Diese Form der Anurie tritt erst am Ende der Krankheit ein und geht oft mit urämischen Symptomen einher, nachdem nicht selten ein Stadium von Polyurie wie bei der interstitiellen Nephritis vorhergegangen ist. Die zweite (akute) Form der Anurie, eigentliche »Steinanurie«, wird durch Verstopfung des Harnleiters durch einen Stein hervorgerufen; urämische

Symptome fehlen hier; innerhalb 3—10 Tagen nach Verlegung des Harnleiters tritt die Krankheit plötzlich ein. Zuweilen tritt diese Anurie erst ein, wenn beide Harnleiter verstopft sind; gewöhnlich ist dann auf der einen Seite der Harnleiter bereits längere Zeit verstopft gewesen und die betreffende Niere zerstört. Es kann jedoch auch Anurie auftreten bei Verstopfung nur eines Harnleiters, fast immer ist dann aber die Niere der anderen Seite erkrankt und funktionsunfähig.

Ohne operativen Eingriff kann die Anurie wieder vorübergehen, wenn der eingeklemmte Stein wieder ins Nierenbecken zurückgleitet oder in die Harnblase gestoßen wird. Mit dem chirurgischen Eingriff soll nicht zu lange gewartet werden, da abwartende Behandlung eine Sterblichkeit von 72—80% hat.

Um den Ort zu bestimmen, an welchem die die Anurie auslösende Verstopfung sitzt, benutzt man: 1) den Sitz des Schmerzes und der vergrößerten Niere, 2) das Abtasten der Bauchhöhle nach dem obturierenden Stein, 3) die Durchleuchtung mit X-Strahlen, 4) die Kystoskopie und den Harnleiterkatheterismus.

In zwei Fällen von Anurie, welche Verf. näher beschreibt, gelang es ihm bei der Operation (Nierenfreilegung durch Laparotomie) nicht, das verstopfende Hindernis zu entdecken. Trotzdem verschwand nach der Operation die Anurie, und eine Auswaschung der Blase brachte Steinkonkremente zutage. Man kann daher versuchen, wenn sich der Sitz des Steines nicht feststellen läßt, ihn durch abdominelle Massage der Harnleitergegend nach abwärts zu bringen. Jedoch darf dadurch ein operativer Eingriff nicht zu lange aufgeschoben werden. Ist der Sitz des Steines diagnostiziert, so wird bei Lage desselben im Nierenbecken die Nephrotomie helfen. Liegt der Stein tief im Harnleiter bis 2—3 Zoll oberhalb der Blasenmündung, so wird der Israel'sche Lendenschnitt ihn immer noch erreichen; nur bei sehr fetten Personen kann dieses schwierig sein. Liegt der Stein noch tiefer, so kommt bei Frauen die Entfernung durch die Scheide, bei Männer die Kraske'sche partielle Kreuzbeinresektion in Frage. Die letztere ist bei Männern auch event. anwendbar, wenn der Stein in der Blasenwand sitzt. Bei Frauen gelingt es nach Erweiterung der Harnröhre, einen in der Blasenwand sitzenden und in die Blasenhöhle etwas hineinragenden Stein mit dem Finger herauszubefördern. **Herhold** (Altona).

---

19) **Jesionek.** Über die tuberkulöse Erkrankung der Haut und Schleimhaut im Bereiche der äußeren weiblichen Genitalien und die Beziehung der Tuberkulose zur Elephantiasis vulvae.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1903. Bd. II. p. 1.)

Aus der Reihe der tuberkulösen Erkrankungen der äußeren weiblichen Genitalien ist der sog. »Lupus esthiomenos« auszuschalten.

Er ist durch Ulzeration ein,- Hyperplasie andererseits charakterisiert, hat aber mit Lupus gar nichts zu tun, da wahre Lupusknötchen stets fehlen. Die Affektion wird daher besser als Elephantiasis vulvae bezeichnet. Lupus vulgaris der inneren weiblichen Genitalien wurde an dem großen Materiale der Münchener dermatologischen Klinik niemals beobachtet, es ist bisher überhaupt nur ein, nicht einmal ganz sicherer Fall in der Literatur bekannt. Dagegen kam die miliare Tuberkulose der Haut und Schleimhaut unter 4500 Fällen 14mal vor. Bei allen diesen Fällen wurden Tuberkel und Tuberkelbazillen einwandfrei nachgewiesen. Die Genitalaffektion ist in der Regel nicht die erste Lokalisation der Tuberkulose. Fieber und Allgemeinerscheinungen sind nicht auf die äußere Genitaltuberkulose zurückzuführen, sondern weisen auf anderweitige tuberkulöse Affektionen hin. Das Leiden hat Neigung zur spontanen Rückbildung und zur Bildung papillärer Wucherungen. Ausführlich beschrieben wird zum Schluß ein Fall von Kombination von miliarer Tuberkulose der Vulva und Skrophuloderma bei einem 23jährigen Mädchen. Der Fall scheint bis jetzt ein Unikum darzustellen. Auf seine Wiedergabe muß hier verzichtet und auf das Original verwiesen werden. **M. v. Brunn** (Tübingen).

---

20) **K. Abel.** Vaginale oder abdominale Operation bei gynäkologischen Erkrankungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 49.)

Die Abhandlung will beweisen, daß die prinzipielle Operation bei gynäkologischen Erkrankungen die vaginale Köliotomie sein und infolgedessen die Laparotomie hierbei auf ein Minimum eingeschränkt werden muß, weil der vaginale Weg der ungleich ungefährlichere ist bei den Lageveränderungen des Uterus, bei den Neubildungen an den Adnexen, bei den entzündlichen Tuben- und Tubo-Ovarialerkrankungen, bei den Tubargraviditäten und den Myomen des Uterus. Von den 121 Pat. mit vaginalen Köliotomien starben dem Verf. nur 2 (1,6%); dieser Zahl stehen ebenfalls 121 gleichartige abdominale Operationen mit 6,6% Sterblichkeit gegenüber. Die Narbenbrüche fallen bei der vaginalen Methode fort, die Pat. entschließen sich zu dieser Operation leichter als zum Bauchschnitt, die Rekonvaleszenz ist eine ungleich leichtere, die völlige Genesung eine schnellere; die Nachbehandlung gestaltet sich äußerst einfach.

Zum Schluß betont A., daß man angesichts dieser fast ungefährlichen Operationsmethode die Indikation zur operativen Behandlung der Myome weiter stellen soll, da diese zwar anfangs gutartige Geschwulst klinische Erscheinungen machen kann, die einen das Leben bedrohenden Charakter annehmen. Die Herzdegeneration und die Herabsetzung des allgemeinen Kräftezustandes machen die Prognose des operativen Eingriffes weit schlechter; denn nicht nur der durch den Eingriff bewirkte Chok kann zum Tode

führen, auch die Gefahr der Infektion bei einer geschwächten Herztätigkeit ist viel größer. Verf. empfiehlt deshalb das Myom ebenso wie eine Eierstocksgeschwulst, sobald dasselbe zu unserer Kenntnis gelangt ist, zu entfernen; es gelingt dann häufig den Uterus zu erhalten, wodurch die Operation ein konservativeres Verfahren sein wird, als die abwartende Methode. **Langemak** (Erfurt).

---

21) **Coffey.** Contribution to the surgery of pyosalpinx.

(Annals of surgery 1903. Oktober.)

C. beschreibt unter Beifügung von acht recht guten Abbildungen die von ihm bei der Fortnahme der Pyosalpinx angewandte Operationstechnik. Er schneidet aus der Uterusecke mit einem Ovalärschnitt die Tube aus und vernäht diese Lücke der Gebärmutterwand sofort. Nach Unterbindung der Tubenbänder und Entfernung der Tube, wobei etwa vorhandene Eierstockscysten eröffnet werden, vereinigt Verf. die Stümpfe der Tubenbänder mit fortlaufender Naht, indem er sie dabei ganz an die Uteruswand heranzieht und so eine völlige Überdachung des Eierstocks bildet. Da die Gebärmutter zu Retroversion neigt, verkürzt er beide Ligg. rotunda, indem er sie unter Knickung des am Uterus festsitzenden Endes auf der hinteren Fläche des Uterus festnäht. **Herhold** (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

22) Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. V. Czerny.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Suppl.-Hft.)

In seinem Vorworte berührt der Verf. in der Hauptsache drei große, wichtige Gebiete der Chirurgie, die Therapie des Magenkrebses, des Mastdarmkrebses und die Narkose. Es wird dem Bedauern Ausdruck gegeben, daß die Magenkrebse, welche bei frühzeitiger Operation auffallend gute Endresultate geben, gewöhnlich so spät erst erkannt und dem Operateur zugewiesen werden. Verf. weist auf eine einfache, von ihm schon vor Jahren aufgestellte Regel zur Beurteilung chronischer Magenleiden hin, welche eine möglichst frühzeitige chirurgische Begutachtung erreichen will.

Um die Mastdarmkrebse in noch aussichtsvollem Zustande der Operation zuzuführen, betont Verf. ausdrücklich das Postulat einer Digitaluntersuchung des Mastdarmes in allen irgendwie verdächtigen Fällen.

Unter 1955 Narkosen war ein Chloroformtodesfall zu verzeichnen. Ein zweiter Todesfall erfolgte im Anschluß an eine lokale Anästhesie der Harnröhre und Blase mit Kokain. Mit dem Roth-Dräger'schen Apparate sind an der Heidelberger Klinik schon ausgedehnte Versuche gemacht worden, deren Resultate ermunternd genug waren, um sie weiter fortzusetzen.

Die Zahl der im letzten Jahre in der Heidelberger Klinik stationär behandelten Kranken betrug 2648 bei 205 Krankenbetten. Operationen wurden im ganzen 1955 ausgeführt, unter diesen 292 Laparotomien. Todesfälle waren insgesamt 134 zu verzeichnen.

Von größeren Operationsreihen seien erwähnt 93 Strumektomien, 44 Gastroenterostomien, 63 Resektionen des Proc. vermiformis, 37 Cholecystostomien und

20 Choledochotomien, 140 Radikaloperationen bei Hernien, 39 Amputationen und 24 Exartikulationen von Extremitäten, 47 Gelenkresektionen usw.

Die Frequenz der chirurgischen Ambulanz belief sich auf 7516 Pat. 190mal wurde allgemeine Narkose, 193mal lokale Anästhesie angewendet.

Blauel (Tübingen).

23) **L. Rizzo.** Contributo all' etiologia della gangrena gassosa.
(Arch. internat. de chirurgie Vol. I. Fasc. 2.)

Bei einem 20jährigen Manne entwickelte sich im Anschluß an eine Zahnextraktion eine Phlegmone, die sich auf den Hals und die Brust weiter verbreitete. Bei den vorgenommenen ausgedehnten Inzisionen entströmten den Wunden stinkende Gasmassen. Pat. erlag der Infektion.

Die bakteriologische Untersuchung ergab, daß als Erreger der Gasphlegmone eine in Reinkultur vorgefundene Koliart anzusprechen war. In den sonst beobachteten Fällen handelte es sich in der Regel um Mischinfektionen; von den, seinem Falle analogen Beobachtungen konnte Verf. in der Literatur nur zwei ausfindig machen. Diese seltene Eigenschaft des Bakterium coli mag auf der speziellen Beschaffenheit des Entwicklungsbodens oder auf den sonstigen Lebensbedingungen und auf der Virulenz desselben beruhen. Von Bedeutung ist in dieser Beziehung, daß in allen Beobachtungen die Infektion in der Nähe des Verdauungskanals ihren Sitz hatte. **Engelmann** (Dortmund).

24) **Van Duyn.** Influence of the leucocyte count in the decision for or against operation.
(Buffalo med. journ. 1904. Januar.)

D. hat in 50 Fällen die Entscheidung über Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Operation hauptsächlich von der Leukocytenzählung abhängig gemacht. In 20 Fällen ohne Eiterinfektion betrug die Leukocytenzahl 5—15000, jedoch nur in 9 von diesen Fällen über 9400. Diese für nichteitrige Erkrankung hohe Zahl erklärte sich durch verschiedene Umstände, z. B. durch sehr akuten Beginn einer katarrhalischen Appendicitis, durch komplizierende Schwangerschaft und mehrfach auch durch Bösartigkeit der Erkrankung. In den 30 übrigen Fällen mit Eiterinfektion schwankten die Zahlen zwischen 7—37000; die akuten Infektionen hatten alle über 15000. Von den Fällen unter 9000 waren 3 tuberkulös und 2 zeigten den Bacillus coli in Reinkultur. Von den Zahlen zwischen 9—14000 betrafen fast alle subakute oder chronische Abszesse, z. B. Pyosalpingitiden oder tuberkulöse Abszesse. War die Erkrankung rein tuberkulös, so war die Zahl immer niedrig, selbst bei schweren Symptomen. D. demonstriert sodann an einem Falle von Empyem der Gallenblase und mehreren Appendicitisfällen die Wichtigkeit des Leukocytenbefundes für die Indikationsstellung zur Operation; in 6 Fällen entschied die Zählung die Differentialdiagnose und verhütete eine anscheinend dringliche Operation, so z. B. bei einem appendicitisähnlichen Typhus, bei einer anscheinend infektiösen Gelenkentzündung, bei einer vermeintlichen Niereneiterung usw. In 2 weiteren Fällen von Riß eines Meckel'schen Divertikels bezw. einer Appendicitis mit allgemeiner Peritonitis wurde trotz des schweren Operationsbefundes die Prognose günstig gestellt, da die Leukocytenzahl niedrig war; der weitere Verlauf bestätigte die Prognose. Schließlich führt D. Fälle an, in welchen der Leukocytenbefund darüber entschied, die Operation ohne Gefahr hinauszuschieben, bis das Allgemeinbefinden besser geworden war oder andererseits, trotz leichter Symptome, sofort zu operieren.

Verf. schließt aus seinen Erfahrungen folgendes: eine zunehmende Zahl bei öfteren Zählungen zeigt im allgemeinen, daß die Erkrankung schwerer wird und eine etwaige Operation sofort vorgenommen werden muß; ein gleichbleibender, mäßiger Grad von Leukocytose dagegen erlaubt, die Operation zu verschieben. Die Grenzlinie liegt zwischen der Zahl von 10—15000. Der Leukocytenbefund allein darf jedoch niemals die Indikation zur Operation entscheiden.

Mohr (Bielefeld).



25) **Harrison and Wills.** Light treatment.

(Bristol med.-chir. journ. 1903. Dezember.)

Verff. erzielten bei Akne vulgaris mit den Röntgenstrahlen nur dann Dauererfolge, wenn spätere Reize auf die abgeheilten Stellen vermieden wurden. Die Bestrahlung befördert die Abschuppung und Talgabsonderung, so daß die Talgpfröpfe mitsamt den oberflächlichsten Epidermisschichten abgestoßen werden. Drei Fälle von hartnäckigem, der Paget's disease of the nipple ähnlichem Ekzem der Leistengegend bezw. des Mundes und der Brustwarze wurden stark gebessert und z. T. geheilt. Bei 50 Lupusfällen wurde immer Besserung erzielt; am geringsten fiel diese aus 1) bei sehr lange bestehenden oder mehr in die Tiefe reichenden Knoten, 2) bei Kranken, welche früher chirurgisch behandelt wurden, und zwar weil ausgedehnte Narbenbildung über den Krankheitsherden die Wirkung der Strahlen abschwächt. Auch sonstige oberflächliche tuberkulöse Ulzerationen (zerfallene Lymphdrüsen) wurden günstig beeinflußt. Beim Lupus erythematosus wurden nur im Anfangsstadium Erfolge erzielt. Von 18 Fällen von Ulcus rodens wurden 8 geheilt, 7 (noch in Behandlung) gebessert. **Mohr** (Bielefeld).

26) **A. Exner.** Zur Röntgenbehandlung von Tumoren.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 25.)

Bericht aus der weiland v. Gussenbauer'schen Klinik über drei Fälle von jauchenden, inoperablen Brustkrebsen und einen Fall von Melanosarkom, der bereits zur Bildung von zahlreichen Metastasen geführt hatte. In allen Karzinomfällen wurde die Jauchung eingeschränkt resp. zum Aufhören gebracht, im dritten Falle kam es zu lokaler Heilung, d. h. die ungefähr faustgroße Geschwulst war innerhalb von 3 Monaten verschwunden, ohne daß sich makroskopisch irgendwo noch karzinomverdächtige Stellen nachweisen ließen. Leider konnte über Dauer des Zustandes nichts eruiert werden, da Pat. sich nicht wieder sehen ließ.

Bei dem Melanosarkom hatte (nach operativer Entfernung der Primärgeschwulst) die Bestrahlung der metastatischen Hautknoten wiederholt das Verschwinden der Knoten zur Folge, eine Heilung trat nicht ein.

Hinsichtlich der Technik der Röntgenbehandlung (mittelweiche Röhren, Fokushautdistanz 9—11 cm bei kleinen, 17 cm bei großen Objekten, Dosierung des Röntgenlichtes mit dem Holzknecht'schen Chromoradiometer) sei auf das Original verwiesen. **Hübener** (Dresden).

27) **Schiff.** Mammakarzinom und Röntgenstrahlen.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 5. Juni 1903.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 24.)

Vorstellung einer Pat. mit inoperablem, jauchendem Brustkrebs mit lentikulären Hautmetastasen und Drüsenpaketen in der Achselhöhle, sowie Supra- und Infraclaviculargrube.

Nach 20 Bestrahlungen mit Röntgenstrahlen sind die Hautmetastasen geschwunden, die Drüsenpakete wesentlich kleiner und weicher, an Stelle der exulzerierten Geschwulst eine glatte, von leicht erweiterten Kapillaren durchzogene Narbe, die an einigen Stellen oberflächlich exkoriiert ist. Das subjektive und Allgemeinbefinden der Pat. hat sich wesentlich gebessert.

Hübener (Dresden).

28) **R. Vigouroux.** Sur le traitement des tumeurs du sein par les rayons X. Cornil rapporteur.

(Bull. de l'acad. de méd. 67. ann. 3. ser. Nr. 25.)

Die mit Röntgenstrahlen behandelte Geschwulst der Brustdrüse hatte schon 7 Jahre lang bestanden, war dann nach monatelanger interner Chininbehandlung teilweise zerfallen und bereits in Abstoßung begriffen, als V. die Bestrahlung anfing. Zuerst trat unter ihrer 12—15 Minuten langen Einwirkung ziemlich schnell



Narbenbildung ein, welcher starker Zerfall und lebhafte Anschwellung einer bereits vorher konstatierten Achseldrüse folgte; der Abstoßung der abgestorbenen Geschwulstmassen mußte mit der Schere nachgeholfen werden. Schließlich — innerhalb einer Dauer von 18 Monaten — war die Heilung bis auf kleine Geschwulstreste fast beendet.

Die mikroskopische Untersuchung der Neubildung fehlt; sowohl von Cornil selbst als auch in späterer Sitzung (Nr. 27) von Labbé wird darauf hingewiesen, daß eine Geschwulst, die im Verlaufe von 8 Jahren bei einer 43jährigen Frau bestehen konnte ohne zu allgemeiner Metastasenbildung zu führen, wohl nur ein Adenom gewesen sein dürfte, dessen spontane Eliminierung nichts Neues ist. Immerhin dürfte den Röntgenstrahlen eine beträchtliche Tiefenwirkung eigen sein.

Christel (Metz).

29) A. Exner. Karzinom des Mundes und Melanosarkom mit Radiumstrahlung behandelt.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 26. Juni 1903.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 27.)

In der weiland Gussenbauer'schen Klinik wurden zwei Fälle von Melanosarkom (Metastasen in der Haut) und ein Karzinomrezidiv des Mundes (inoperabel) mit Radiumbestrahlung behandelt. Das Karzinom wurde sechsmal je 15—20 Minuten bestrahlt (vom 11. Mai bis 3. Juni). Am 26. Juni ist von der Geschwulst nichts mehr nachweisbar. Auch in den beiden Fällen von Melanosarkom kam es zum völligen Verschwinden einzelner Hautknötchen.

In der Diskussion stellt Holzknecht einige ebenso behandelte, aber auch noch in Behandlung befindliche dermatologische Fälle vor. Besonderes Interesse verdienen zwei weitere Demonstrationen eines Epithelioms der Wange und einer flachen Teleangiektasie der ganzen oberen Extremität. Im ersten Falle war nach dreimaliger 5 Minuten dauernder Bestrahlung nur noch eine Spur Infiltration am Rande zu fühlen, im zweiten Falle wurden experimenti causa nur einzelne disseminierte Kreischen bestrahlt, die sich jetzt als vollkommen normal aussehende, zarte, reine, weiße Haut von der Umgebung abheben. **Hübener** (Dresden).

30) Riche. Fracture du bassin avec rupture de l'urètre.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 138.)

Die Verletzung kam durch Überfahren zustande. Da die Diagnose sicher und Katheterismus unmöglich war, operierte R. Er machte einen Querschnitt über den Damm (Incision prérectale transversale) und fand die 2 cm voneinander entfernten Enden der zerrissenen Harnröhre.

Trotz Reißens der angelegten einen Catgutnaht, Abszedierung und Fistelbildung erfolgte Heilung.

R. teilt den Fall mit, um auf den großen Vorteil der angewandten Schnittführung hinzuweisen, die seiner Meinung nach das Auffinden der Harnröhrenenden bedeutend erleichtert. **V. E. Mertens** (Breslau).

31) Christen. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Harnröhrenstrikturen auf Grund einer Reihe von 400 Fällen.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XIV. Hft. 10 u. 11.)

Aus dieser Arbeit sind folgende Daten von Interesse: 91% der Strikturen waren gonorrhoischen, 3% traumatischen Ursprunges; 85,5% waren einfach, 14,5% zwei- bis dreifach; die Striktur saß in der Pars membranacea bei 56%, in der Pars bulbosa bei 27%, am Übergangsteil zwischen Pars membranacea und bulbosa bei 6% und in anderen Partien bei 11%. In manchen Fällen entwickelte sich die Verengerung in unmittelbarem Anschluß an die Gonorrhöe, in anderen aber erst 20—30 Jahre nach derselben. Die Behandlung bestand bei den meisten Fällen (in 75%) in Dehnung mit elastischen Bougies (bei engen Strikturen) und Metallsonden (bei weiten Strikturen) und wurde, wo immer möglich, bis Char-

rière 30 getrieben. Von den als geheilt Entlassenen stellten sich später 14% mit Rezidiven wieder vor; 4 Pat. starben an plötzlich einsetzender akuter parenchymatöser Nephritis (31 Stunden, 5, 6, 24 Tage nach Beginn des Fiebers). Die Urethrotomia externa wurde 15mal bei 13 Kranken in gewöhnlicher Weise ausgeführt, nur einmal wurde die Striktur exzidiert und die Harnröhre genäht, 3 Pat. starben, 10 wurden geheilt. Die Urethrotomia interna wurde nur 2mal gemacht, 1 Fall geheilt, 1 Fall später mit Urethrotomia externa behandelt.

F. Brunner (Zürich).

32) **J. Morrow.** Growths of the male urethra with report of three cases.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Oktober 3.)

Verf. berichtet von drei Fällen von Geschwulstbildungen in der männlichen Harnröhre. Die Träger der Geschwülste wurden meist durch sehr erschwertes Harnlassen und heftige Blutungen, verbunden mit Krämpfen, zum Arzte getrieben. Das meiste Interesse beansprucht der erste Fall, bei dem der Beginn des Leidens 7 Jahre zurückdatiert und bei welchem nach Diagnosenstellung durch das Urethroskop einige 20 Polypen mit der Schlinge in mehreren Sitzungen entfernt wurden und eine größere Geschwulst, deren Entfernung operativ nicht gelingen wollte, tags darauf spontan abging. Der zweite Fall betraf ein Fibrom; der mikroskopische Nachweis der dritten Geschwulst konnte nicht geführt werden. Interessant ist, daß zwei der Geschwulstträger überhaupt nie Gonorrhöe, die gewöhnlichste Ursache dieser Geschwülste, hatten, und auch im dritten Falle die vor 8 Jahren überstandene Gonorrhöe kaum an der Geschwulstbildung schuld sein dürfte. Bezüglich der Behandlung rät M. lokale Entfernung mit der Schlinge oder mittels Urethrotomia externa. Sehr gut hat sich die Anwendung von Kokain-Adrenalinlösung 1:1000 bewährt.

Scheuer (Berlin).

33) **R. H. Greene.** Cancer of the prostate.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Oktober 24.)

Verf. kommt auf Grund genauer Studien der modernen Literatur über Prostataerkrankungen zu der Erkenntnis, daß Krebs der Prostata ein etwas häufigeres Ereignis ist, als man bisher annahm. Die jahrelang bestehenden Prostatahypertrophien gehen öfters, wenigstens partiell, in Karzinom über; genauere Untersuchungen werden aber oft bei dem gewohnt gewordenen Symptomenkomplex unterlassen und somit der Übergang der Hypertrophie in Bösartigkeit übersehen. Verf. bringt selbst einen instruktiven Fall eines 59jährigen Pat., den er auch unter falscher Diagnose operierte. Die Operation bestand in Entfernung der Prostata durch eine Eröffnung der Harnröhre. Der Verlauf war, abgesehen von einer kleinen Mastdarm-Harnröhrenfistel, glatt; ein Jahr nach der Operation war Pat. noch rezidiv- und beschwerdefrei. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Prostata ergab an dem linken Lappen das gewöhnliche Bild der Hypertrophie, während rechts karzinomatöse Degeneration nachzuweisen war.

Scheuer (Berlin).

34) **P. J. Freyer.** Total exstirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ.

(Practitioner 1903. Juni.)

Der bekannte Chirurg hat schon mehrfach über sein Operationsverfahren zur Entfernung der hypertrophischen Prostata berichtet (cf. Zentralblatt 1902 p. 553). Es besteht bekanntlich darin, daß Verf. von einem kleinen hohen Blasenschnitt aus direkt auf den am meisten hervorragenden Teil der Prostata eingeht und diese stumpf von der Harnröhre ablöst. F. benutzt dazu keine Instrumente, sondern nur den Fingernagel, und behauptet, daß die Operation sich ohne besondere Schwierigkeit ausführen lasse, die Blutung sei sehr gering; das Bett, in dem das entfernte Organ lag, verschwinde bald durch Kontraktion der Blasenmuskulatur. Die Nachbehandlung geschieht durch tägliche Spülungen.

Die Resultate F.'s sind sehr beachtenswerte; Verf. hat bis jetzt 45 Fälle in dieser Weise operiert und nur 5 Todesfälle gehabt; dabei ist das Durchschnittsalter seiner Pat. 67½ Jahre, das Gewicht der entfernten Hypertrophien ¾ bis 10¼ Unzen, und die Dauer des Katheterlebens bis zu 24 Jahren; außerdem bestanden fast überall recht beträchtliche unangenehme Komplikationen. Von den 5 Todesfällen treffen 2 auf akute Manien, ein Ereignis, das nach Verf.s Ansicht sehr häufig bei Individuen mit Prostataerkrankungen auftritt, einer auf Hitzschlag, einer auf Koma infolge Retention von septischem Urin, das schon vor der Operation bestand, endlich einer auf eine Pneumonie.

Mehrere genaue Krankengeschichten, sowie sehr gute Photogramme der exstirpierten Prostatae vervollständigen die beachtenswerte Arbeit.

Scheuer (Berlin).

35) **C. Gangitano.** Un caso di rottura intraperitoneale della vescica. Laparotomia. Guarigione.

(Giorn. internaz. delle scienze med. Bd. XXV.)

Der bis jetzt noch spärlichen Literatur über geheilte Fälle von intraperitonealem Blasenriß fügt Verf. einen neuen, im Deutschen Hospital zu Neapel operierten Fall hinzu: 56jähriger Mann; Fall von 12 m Höhe. Bruch des Oberschenkels, kein Beckenbruch. Für eine Fingerkuppe durchgängiger Längsriß an der hinteren Wand der Blase, nahe ihrem Scheitel. Extraperitoneale Versorgung der Wunde durch Annähen des Peritoneum parietale an die Blase hinter die Rupturstelle. Drainage der Blase, da auch der retrograde Katheterismus unmöglich. Glatte Wundheilung; ein länger dauerndes Fieber wird auf die Resorption der ausgedehnten Hämatome zurückgeführt. **A. Most** (Breslau).

36) **M. Hirsch.** Beitrag zur Lehre von den Fremdkörpern der männlichen Harnblase.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 45.)

H. publiziert aus der v. Mosetig'schen Klinik in Wien acht einschlägige, während der Jahre 1894—1903 beobachtete Fälle. Die Pat., in verschiedensten Lebensaltern stehend (von 16—76 Jahren), hatten die verschiedensten Fremdkörper teils zu onanistischem Zwecke, teils behufs Urinentleerung eingeführt. Deren Entfernung wurde in allen Fällen mit Glück ausgeführt, zweimal unblutig, sechsmal blutig.

Der der eigenen Kasuistik vorangeschickte allgemeine Teil der Arbeit basiert auf einer Zusammenstellung von 103 aus der Literatur vom Jahre 1856 an gesammelten einschlägigen Fällen, über welche auch eine tabellarische Übersicht gegeben wird. Die Allgemeinbesprechung erörtert zunächst die Natur der eingeführten Gegenstände, unter welchen Fragmente von Kathetern und anderen urologischen Instrumenten bei weitem die Majorität haben (45,9%). Die onanistisch eingeführten Körper kommen beim Manne ungleich seltener in Betracht als beim Weibe. Die Lage der Fremdkörper wird durch den Umstand, daß bei kontrahierter Blase der quere Lichtungsdurchmesser am größten ist, derart beeinflußt, daß sie sich am leichtesten in diese Richtung stellen. Bei Erörterung der Diagnose wird insbesondere der modernen Untersuchung mit Cystoskopie und Röntgen gedacht und werden skiagraphische Aufnahmen verschiedener, besonders beliebter Harnblasenfremdkörper beigefügt. Spontanes Abgehen der Fremdkörper ist in H.'s Material in 3,6% der Fälle notiert, einmal wurde ein Katheterstück durch streichende Bewegung vom Mastdarm aus hervorbefördert und manchmal (2,7%) genügte die Aspiration, wie sie bei der Litholapaxie geübt wird, zur Entfernung der Körper. Im übrigen mußte zur Extraktion geschritten werden, wobei insbesondere lithotripterartige Instrumente bei unblutigem Verfahren sehr brauchbar und häufiger als vor dem Jahre 1856 angewendet sind. Hofmeister entfernte einen Eisenstift mittels Magnet. Blutige Methoden fanden in 50% der Fälle statt. In der H.'schen Statistik entfallen auf die Sectio mediana 33, auf die S. lateralis 2

und auf die S. alta 21 Fälle. Die Sectio alta hat gegen früher (cf. Statistik bis zum Jahre 1856 von Denucé) sehr bedeutend an Häufigkeit der Ausführung zugenommen. Sie ist in den meisten, bezw. allen einigermaßen komplizierteren Fällen als Normalverfahren anzusehen. Bei alten Leuten, wo der hohe Schnitt nicht ungefährlich ist, verdient die O. Zuckerkandl'sche perineale Blaseneröffnung nach Mastdarmablösung Anwendung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **Nossal.** Ein an einer Bassininaht fixierter Blasenstein.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 31.)

Vor einem Jahre rechtsseitige Bassinioperation wegen eingeklemmten Leistenbruches, seit einem Jahre auch Blasenbeschwerden. Nach der Bassinioperation 2 Tage Blut im Urin. Bei dem wegen Blasenstein ausgeführten hohen Blasenschnitte zeigt sich der Stein durch einen Faden an der Blasenwand festhängend. Wegen des nicht so seltenen Mitfassens der Blasenwand bei derartigen Bruchoperationen soll die Blase vor der Operation leer sein.

Herm. Frank (Berlin).

38) **Wallace.** Cystitis in female.

(Buffalo med. journ. 1903. Dezember.)

W. hat in folgendem Falle von chronischer Cystitis bei der Frau die Blasendrainage mit gutem Erfolg ausgeführt.

Die Cystitis war wahrscheinlich durch Cystokele infolge Vorfalles der Scheidenwand und Freiliegen der Harnröhrenmündung in der Vulva nach starkem Dammriß zustande gekommen. Da eine entsprechende Plastik nur vorübergehenden Erfolg hatte, wurde eine für den Zeigefinger durchgängige Vesicovaginalfistel angelegt. Zunächst akute Verschlimmerung, dann allmähliche völlige Heilung der Cystitis, auch nachdem die Fistel $3^1/_2$ Monate später wieder verschlossen wurde. Dieser Verschluß wurde nach Art einer Cystokelenoperation ausgeführt. Aus der vorderen Scheidenwand wurde eine Ellipse mit der Fistelöffnung im Zentrum entfernt. Indem nun die Scheidenwunde vereinigt und dabei die Blasenwandung mitgefaßt wurde, wurde eine breite Falte der Blasenwand mit der Fistelöffnung an ihrem freien Ende in das Innere der Blase eingestülpt, nachdem zuvor die Fistelöffnung der Blase vernäht war. Diese Nahtstelle hatte also keinerlei Spannung auszuhalten, da sie durch die Scheidenwand sozusagen gestützt wurde und außerdem durch eine breite Falte der Blasenwand von der Scheidenwand getrennt lag. Kein Dauerkatheter, glatte Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

39) **Preciado y Nadal.** La séparation intravésicale des urines dans les lésions rénales dites médicales.

(Revue française de méd. et de chir. 1903. Nr. 51.)

Verf. hat mit den Apparaten von Cathélin und Luys in 13 Fällen verschiedener Nierenerkrankungen den Urin jeder Niere für sich aufgefangen und untersucht. Bei den meisten Fällen, besonders bei den chronischen Nephritiden, waren die pathologischen Veränderungen immer auf beiden Seiten gleich stark ausgeprägt. Hiernach würde zur Beeinflussung der chronischen Nephritis die Operation (nach Edebohls) an nur einer Niere nicht genügend und berechtigt sein. **Mohr** (Bielefeld).

40) **D. Taddei** (Padova). L'uretero-uretero-anastomosi con uno speciale tubo di magnesio.

(Riforma méd. 1903. Nr. 26.)

In Anlehnung an die von Payr empfohlene Gefäßnaht über Magnesiumröhren hat Verf. an Hunden sechs analoge Versuche zur Vereinigung der durchschnittenen Harnleiter ausgeführt. Er benutzte dazu eine an den Enden flötenschnabelartig abgeschrägte, 1 cm lange Magnesiumröhre, welche vier je zwei einander gegenüberliegende feine Öffnungen besitzt. Durch die zwei an einer

Längsseite liegenden Öffnungen werden die Enden je eines Fadens schlingenartig von innen nach außen geführt. Die zwei dem einen Röhrenende zugekehrten Fadenenden werden nun, mit Nadeln armiert, dicht am Rande des zentralen Harnleiterstumpfes von innen nach außen durchgestochen und ebenso die anderen Enden der Fäden durch die Wand des peripheren Harnleiterendes, aber mehrere Millimeter vom Schnittrand entfernt, durchgeführt. Durch Zusammenschnüren der Fäden wird über dem Röhrchen der zentrale Harnleiterstumpf in den peripheren invaginiert. Im Thierexperimente war der Erfolg ein guter: rasche Resorption des Röhrchens ohne Störung der Harnbeschaffenheit; glatte Heilung mit linearer, zarter Narbe. **A. Most** (Breslau).

41) **Ill.** A clinical contribution to the knowledge of tubercular diseases of the female urinary tract.

(Annals of surgery 1903. Oktober.)

Verf. beschreibt 14 Fälle von Tuberkulose des Harnapparates des Weibes; neunmal entfernte er die tuberkulöse Niere und einen Teil des zugehörigen Harnleiters mit Ausgang in Heilung. Er weist darauf hin, daß die Blase nicht durch das Blut tuberkulös erkrankt, sondern daß die Tuberkulose von der Niere durch den Harnleiter auf die Blase fortschreitet. Nach dem Entfernen der kranken Niere heilt die Tuberkulose der Blase aus, ohne daß die letztere operativ behandelt wird.

Jeder Eiter enthaltende Urin soll nach I. auf Tuberkulose untersucht werden. Zur Diagnose verwendet er außer dem Harnleiterkatheterismus und der Cystoskopie die digitale Untersuchung von der Scheide aus. Durch die letztere soll besonders die Schmerzhaftigkeit der Blase und der verdickten tuberkulösen Harnleiter festgestellt werden.

Im Beginne der tuberkulösen Nierenerkrankung treten Schmerzen in der Lendengegend, später, wenn die Harnleiter ergriffen werden, in der Iliacalgegend auf; blutiger Urin kommt nicht nur bei Nierensteinen, sondern auch bei Nierentuberkulose vor.

(Die Prüfung der Funktion der anderen Niere durch die Kryoskopie von Blut und Harn scheint dem Verf. noch nicht bekannt zu sein. Ref.)

Herhold (Altona).

42) **A. Goelet.** Diagnostic palpation of prolapse of the kidney and method of fixation.

(Buffalo med. journ. 1903. November.)

G. erwähnt zunächst die relative Häufigkeit der Wanderniere auch bei Männern bestimmter Berufsklassen, z. B. den Straßenbahn- und Eisenbahnangestellten im Westen Nordamerikas. Den dritten Grad der Wanderniere hält G. für eine absolute Anzeige zur Operation, weil Bandagen bei diesem Stadium wirkungslos seien und selbst bei den sog. symptomlosen Wandernieren dritten Grades häufig eine beginnende Nephritis vorhanden sei. Nach G.'s Untersuchungen leiden 75% der Pat. mit hochgradiger Wanderniere entweder an einer leichten Pyelonephritis oder interstitiellen Nephritis. Bei der Nephropexie verwirft G. die Eröffnung und das Abstreifen der Capsula fibrosa; die Fixationsnähte müssen eine längere Strecke zwischen der fibrösen Kapsel und der Nierenoberfläche durchgeführt werden, damit sie nicht ausreißen (Abbildung der Nahtmethode).

G. führte 166 Nephropexien an 130 Pat. aus; 36mal wurden beide Nieren in einer Sitzung angenäht. Die 166 Operationen verliefen ohne Todesfall und ohne Mißerfolg, »soweit G. fähig war, nachzuforschen«. **Mohr** (Bielefeld).

43) **J. Tyson.** Edebohl's operation of decapsulation of the kidney for the cure of chronic Bright's disease and the indications for its performance.

(New York and Philadelphia med journ. 1903. Oktober 10.)

Bei der Neuheit des Verfahrens von Edebohls, der chirurgischen Behandlung der Nephritis durch Abziehen der Nierenkapsel, ist jeder Fall von Interesse,

besonders wenn er einen außerordentlich günstigen Erfolg darstellt. Es handelte sich um ein 9jähriges Mädchen, das mit 4 Jahren Scarlatina hatte und seit 4 Jahren an immer häufiger und stärker wiederkehrenden Anfällen von Nierenentzündung litt. Bei der Aufnahme bestand extremstes allgemeines Ödem des ganzen Körpers, reichlich Eiweiß und Zellengehalt des Urins und große Schwäche. Die interne Medikation hatte wenig Nutzen, vielmehr wuchs die Schwäche; deshalb wurde zunächst die Dekapsulation der rechten Niere vorgenommen, mit dem erstaunlichen Effekt, daß bei rasch sich steigernden Urinmengen in 10 Tagen das Ödem dauernd völlig verschwand, während der Zellengehalt im Urin blieb. Das Allgemeinbefinden hatte sich so gehoben, daß Pat. das Bett verlassen konnte. 2 Monate später wurde auch Dekapsulation der linken Niere vorgenommen, worauf die Zellen ebenfalls verschwanden und Pat. völlig geheilt wurde, ein Zustand, der auch nach $^1/_2$ Jahr ebenso war. **Scheuer** (Berlin).

44) **Suter** (Basel). Ein Beitrag zur Diagnose und Behandlung der Nierentuberkulose.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903. Nr. 10 u. 11.)

An der Hand eines Berichtes über 19 operierte Fälle von Nierentuberkulose (14 Nephrektomien, 5 Nephrotomien) gibt S. einige beachtenswerte Erfahrungen, so bezüglich der Diagnose, daß bei tuberkulösem Urin auf dem gewöhnlichen Nährboden nichts, bei pyogener Infektion immer ein Mikroorganismus wächst. In 42 Fällen von Urogenitaltuberkulose war auch der zellreiche Urin 40mal auf gewöhnlichen Nährböden steril. Unter 19 operierten Fällen hatte nur einer Zylinder. Der Harnleiterkatheter sollte bei Tuberkulose möglichst selten verwendet, jedenfalls nicht in den gesunden Harnleiter eingeführt werden.

Von den 14 Nephrektomierten starben zwei im Anschluß an die Operation, einer an Embolie von der thrombosierten Vena renalis, der andere an Nephritis parenchym. der erhaltenen Niere. Drei Fälle ergaben einen vollen Erfolg, weil radikale Entfernung alles Kranken möglich war, aber auch die elf anderen hatten entschiedene Besserung durch die Operation; die Hebung des Allgemeinbefindens war immer ersichtlich. **P. Stolper** (Göttingen).

45) **Ullmann.** Eine seltene Art von Cystenbildung in der Niere.

(Arch. internat. de chir. Vol. I. Fasc. 1.)

Die Solitärcysten der Niere werden von Küster in drei Gruppen eingeteilt. In die erste rechnet er die Cysten, die durch Erweichung einer Neubildung entstehen; in die zweite diejenigen, die einem abgeschnürten Kelch oder Teile des Nierenbeckens ihre Entstehung verdanken; die Cysten der dritten Gruppe bilden sich auf dem Boden einer umschriebenen interstitiellen Nephritis (Virchow). Ein Beispiel der zweiten Gruppe liefert der von dem Verf. mitgeteilte Fall. Die Diagnose war mit Rücksicht auf die Lage der Geschwulst im rechten Hypochondrium auf Hydrops oder Echinokokkus der Gallenblase gestellt worden. Die Laparotomie zeigte, daß es sich um eine cystische Geschwulst handelte, die von der rechten Niere ausging und mit der Leber verwachsen war. Sie wurde von demselben Schnitt aus exstirpiert. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab, daß die kindskopfgroße Geschwulst ziemlich symmetrisch in der Mitte der Niere lag, und daß die beiden Nierenpole gleichsam Anhänge zu ihr bildeten. Die mikroskopische Untersuchung zeigte ebenfalls, daß der Cystensack einem abgeschnürten Teile des Nierenbeckens bezw. einem erweiterten Kelche entsprach; die Abschnürung war wahrscheinlich im Anschluß an eine chronische Entzündung entstanden. In der Literatur finden sich nur vereinzelte analoge Fälle.

Die von Küster aufgestellte Forderung, bei Vorhandensein von Cysten niemals die Nephrektomie auszuführen, hält Verf. für seinen und ähnlich gelagerte Fälle für unberechtigt. **Engelmann** (Dortmund).



46) **Williams.** Primary retroperitoneal sarcoma.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. August.)

1) 12jähriges Mädchen erkrankt nach Fall auf die rechte Seite mit Erbrechen, häufiger Verstopfung, Abmagerung. Nach 3 Monaten fast kindskopfgroße Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend fühlbar, gegen Leber und rechte Niere abgrenzbar; quer über die Geschwulst verläuft ein Streifen mit tympanitischem Schall. Ödem des rechten Beines. Laparotomie ergibt inoperables retroperitoneales Sarkom. Ursprungsstelle: hintere Bauchwand zwischen den Blättern des Mesokolon. Über der Geschwulst liegt ein Teil des Dünndarmes, Colon ascendens; darunter, von der Geschwulst umwachsen, die Iliacalgefäße. Tod nach 10 Wochen. Sektion verweigert.

2) 5jähriges Mädchen erkrankt unter den gleichen klinischen Erscheinungen, eine Geschwulst an gleicher Stelle fühlbar. Bei Eröffnung der Bauchhöhle findet sich auch hier ein Sarkom unter dem Colon ascendens, welches zwischen den Lamellen des Mesokolon entstanden ist. Exstirpation unmöglich, Sektion ebenfalls verweigert. Nennenswerte Metastasen fehlen in beiden Fällen.

Nur 84 primäre retroperitoneale Sarkome sind bekannt; sie treten meist solitär auf, wachsen außerordentlich schnell. In vielen Fällen ist ein Trauma als Ursache nachgewiesen. 12 Radikaloperationen ergaben angeblich 10 Heilungen. Probelaparotomie stets angeraten. **Bender** (Leipzig).

47) **G. Naumann und C. Sundberg.** Über retroperitoneale Sarkome.

(Nord. med. arkiv Bd. XXXV. III. Folge. Bd. II. Abt. I. Nr. 13.)

N. operierte einen 20jährigen Kutscher, der seit einigen Jahren an leichten Symptomen von Gastritis gelitten hatte und 4 Tage vor der Aufnahme an heftigeren Schmerzen und Erbrechen erkrankt war. Rechts unterhalb des Nabels war eine eigroße, kaum empfindliche, wenig bewegliche, abgerundete, feste Geschwulst zu fühlen. Bei der Operation fühlte man dieselbe retroperitoneal an der Radix mesenterii rechts von der Wirbelsäule liegen. Schnitt an der äußeren Seite des Colon ascendens, Bauchfell nach innen abgelöst mit dem an der Vorderseite der Geschwulst verlaufenden Harnleiter. An der inneren und vorderen Seite der Geschwulst und fest mit ihr verbunden, aber ablösbar, verliefen A. und V. mesenterica inferior. Stumpfe Lösung der Geschwulst aus ihrer Umgebung. Drainierung nach der Lendengegend, Schluß der Bauchwunde; Heilung anstandslos.

In der Epikrise liefert Verf. eine literarische Zusammenstellung der bisher bekannten retroperitonealen Geschwülste — Nieren- und Pankreasgeschwülste ausgenommen. Er spricht die Vermutung aus, daß die Geschwulst in pathogenetischer Beziehung zu den von Zuckerkandl neuerdings entdeckten Nebenkörpern steht, die sich an das sympathische Netz an der Aorta abdominalis anschließen.

Die von S. vorgenommene genaue mikroskopische Untersuchung ergab ein Sarkom mit polymorphen Zellen. Ein genetischer Zusammenhang mit dem Zuckerkandl'schen Nebenkörper ließ sich histologisch nicht nachweisen, aber auch nicht ohne weiteres zurückweisen.

Die weiteren Ausführungen der Einzelheiten pro et contra müssen im Originale (deutsch) gelesen werden. **A. Hansson** (Cimbrishamn).

48) **A. Ricaldoni.** Inyecciones epidurales en el tratamiento de las poluciones nocturnas.

(Rev. med. del Uruguay 1903. Nr. 5.)

R. hat die von einigen französischen Autoren in die Therapie eingeführten Epiduralinjektionen zur Behandlung der nächtlichen Pollutionen benutzt. Er hat nicht, wie einige französische Autoren, die Hayem'sche Lösung in den Sakralkanal injiziert, sondern eine Kokainlösung von der Stärke 0,5%. Seine Erfolge waren durchaus gute. Es werden drei Fälle, Männer zwischen 20 und 30 Jahren betreffend, des näheren geschildert. Die Quantität der injizierten Lösung betrug

stets 3 ccm. Niemals trat irgendein beunruhigender Zufall ein. Nach der Injektion müssen die Kranken einige Stunden horizontal liegen.

Der Vorteil der Epiduralinjektionen gegenüber den anderen Behandlungsmethoden ist größere Wirksamkeit und im Vergleiche mit innerlich zu nehmenden Mitteln größere Einfachheit für den Pat., Schonung der Verdauungsorgane und Vermeidung von Gewöhnung.

Die Indikation der Epiduralinjektion ist hauptsächlich die Spermatorrhöe in ihren verschiedenen Formen und ähnliche Reizzustände im Urogenitalkanal.

Stein (Wiesbaden).

49) **E. Martin.** Sterility from obstruction at the epididymis cured by operative means.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Oktober 10.)

Verf. hatte in Gemeinschaft mit Carnett, Levi und Pennington im Jahre 1902 (Pennsylvania med. bull. 1902 März) über erfolgreiche Versuche an Hunden berichtet, bei denen nach Ausschneiden eines Stückes des Ductus deferens und Einnähen des Stumpfes in die Epididymis normale Geschlechtstätigkeit erhalten blieb; dieses Resultat ermunterte M., auch bei einem Manne, bei dem nach zwei schweren Gonorrhöen mit doppelseitiger Epididymitis Azoospermie eingetreten, operativ vorzugehen. Mehrfache mikroskopische Samenuntersuchungen hatten einmal das Dasein vereinzelter deformierter Spermatozoen ergeben. Die Operation bestand in der Freilegung des Ductus deferens, Durchtrennung desselben und Ausschneiden eines Stückes, sowie Sondierung mit einer gekrümmten Sonde. Sodann wurde ein kleines Stück aus dem Kopfe der Epididymis exzidiert; in einigen Minuten entleerten sich Tropfen milchiger Flüssigkeit, die zwar weniger wie normal, aber doch genügend bewegliche Spermatozoen enthielt; in den entstandenen Defekt wurde die Lichtung des Ductus deferens durch feine Silberdrähte eingenäht. Trotz einer Eiterung im Wundverlaufe war das Resultat sehr befriedigend, indem Spermaproben eine befriedigende Menge beweglicher Spermatozoen zeigten. 281 Tage nach dem ersten Koitus bei seiner Gattin brachte diese ein lebendes, gesundes Mädchen zur Welt.

Scheuer (Berlin).

50) **M. Margulijes.** Ein neues Instrument für die Operation der Varicokele.

(Chirurgie 1903. Oktober. [Russisch.])

M. empfiehlt für die Abtragung der Skrotalhaut (nach Henry und Horteloup) eine von Collin angefertigte Klemme, deren eine Seite kammartig ausgeschnitten ist. Die Kammzähne sind nach der zu entfernenden Haut gerichtet; zwischen den einzelnen Zähnen wird bei der Hautnaht die Nadel eingestochen. Man braucht also keinen Gehilfen und vermeidet jede Blutung. Die Klemme, sowie die einzelnen Momente der Operation sind abgebildet.

Gückel (Kondal, Saratow).

51) **L. Hoche.** Kyste hydatique tubaire.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVIII. ann. 6. ser. Nr. 7.)

Bisher war nur ein Fall (Doléris, Le gynécologie 1896 April) bekannt. H. bringt hier einen zweiten, 1899 von Vautrin operierten zur Kenntnis. Der Parasit in der Tube erreichte Faustgröße und hatte etwa 15 Jahre zur Entwicklung gebraucht. Auffällig ist die Zahl vielkerniger Riesenzellen (Masses protoplasmiques polynucléees) im subepithelialen Bindegewebe der Tube. Es ist dieselbe »Réaction plasmodiale«, die sich in der Umgebung inoffensiver aseptischer Fremdkörper entwickelt.

Christel (Metz).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 8. Sonnabend, den 27. Februar. **1904.**

Ein Fall von Prostatotomia infrapubica.

Mitgeteilt von

Dr. **L. Heusner** in Barmen.

Ad. S., 74 Jahre, litt seit 13 Jahren an prostatischen Beschwerden, die seit 10 Jahren beständigen Kathetergebrauch notwendig machten. Vom Rektum aus ließ sich eine Prostatavergrößerung mittleren Grades, durch Sondierung ein Hindernis in der Gegend des Blasenausganges und eine mäßige Verengerung an der Pars membranacea, wahrscheinlich ein Produkt früherer Sondenverletzung, nachweisen. Die Kräfte waren infolge des jauchigen Blasenkatarrhs, der durch täg-

liche Ausspülungen bekämpft wurde, ziemlich reduziert. Nachdem alle therapeutischen Versuche: Verweilkatheter, forcierte Dilatation der Urethra in Narkose, auch Vasektomie erfolglos geblieben waren, wurde am 10. November 1903 zur Operation geschritten: Bogenschnitt entlang dem unteren Schambeinrande; Abtrennung des Ligamentum suspensorium, der Corpora cavernosa, Musculi ischiocavernosi, des Trigonum urogenitale, der an den Schambeinrändern inserierenden Adduktorenansätze. Abmeißeln der unteren Hälfte der Symphyse und absteigenden Schambeinäste; Ablösung der Prostata von der Hinterseite des Schambogens, worauf dieselbe sich herabziehen läßt und in ganzer Ausdehnung frei vorliegt. Nunmehr wird die Operation wegen leichter Kollapserscheinungen des schwachen Pat. abgebrochen und erst 10 Tage später fortgesetzt: Wiedereröffnung der bereits verklebten Wunde; Spaltung der Urethra prostatica auf einem Metallkatheter, worauf die ganze Innenseite bis zu den verquollenen und geröteten Schleimhautfalten der Blasenmündung sich wie bei dem gewöhnlichen Sektionsschnitt präsentiert. Ein haselnußgroßer, von der linken Seite her klappenförmig in die Mündung hineinragender Lappen wird mit dem Messer exzidiert; die bis zu Fingerdicke vergrößerte vordere Kommissur der Prostata bis auf die Urethra abgetragen, auch die Seitenteile, namentlich der daumenstarke linke Lappen durch Exzision einer größeren Anzahl keilförmiger Stücke verkleinert. Vereinigung der Prostataseiten mit 5—6 Catgutnähten über einem Katheter; Schließung der Hautwunde unter Einlegung von Celluloiddrains in die zur Unterseite des Scrotums herabreichenden seitlichen Wundwinkel und eines Vioformgazestreifens in die obere Spitze. Guter Wundverlauf; Heilung und Entfernung des Dauerkatheters in der fünften Woche. Von nun an spontane Miktion, wenn auch in dünnem Strahl und unter Zurückbleiben von 90 ccm stark getrübten und zersetzten Residualharnes. Seitdem anhaltende Besserung: Die anfänglich sehr kurzen Pausen zwischen den Entleerungen sind auf 4—5 Stunden gestiegen, der Residualharn auf 50 ccm gesunken; der Harnstrahl ist kräftiger geworden.

Vor dem oberen Blasenschnitt hat das Verfahren die bessere Übersichtlichkeit und Zugängigkeit des Operationsfeldes, sowie die günstigeren Abflußverhältnisse, vor der Prostatotomia perinealis die größere Entfernung der Wunde von der Infektionsquelle des Afters und die leichtere Vermeidbarkeit von Verletzungen der Ducti ejaculatorii und des Rektums voraus. Fisteln werden voraussichtlich bei der Inzision der Urethra von oben weniger leicht zurückbleiben, als bei derjenigen von der Dammseite aus. Will man die Eröffnung aber prinzipiell vermeiden, so ist dies beim Wege von vorn her ebensogut möglich als beim Angriff von der Rückseite. Bei kräftigeren Pat. wird man auch einzeitig operieren können. Die Blutung aus den venösen Plexus war nicht unbeträchtlich, ließ sich aber beherrschen. Dauernde Schädigung der Geschlechtsfunktion durch die Ablösung der Crura penis ist nicht zu erwarten. Der Nervus dorsalis penis, welcher für die Erektionsfähigkeit von Bedeutung ist und $1/2$ cm von dem Schambogen entfernt seitlich durch das Trigonum urogenitale tritt, läßt sich bei der Ablösung leicht vermeiden, schwieriger die Beschädigung der Vena dorsalis penis und der tiefen Lymphgefäße, welche zwischen dem oberen Rande des Ligamentum transversum pelvis und Ligamentum arcuatum der Symphyse in das Becken treten. Die Vene wurde auch in unserem Falle verletzt; doch ist die Erektionsfähigkeit bei dem Pat. wiedergekehrt. Durch Wegnahme von etwas mehr Knochen kann man sich einen

guten Zugang zum unteren Blasenabschnitt schaffen und die Spaltung der Pars prostatica urethrae zu einem infrapubischen Blasenschnitt erweitern, wodurch namentlich die Gegend des Trigonum Lieutaudii und der Ureterenmündungen bequem zugängig wird. Noch mehr Platz zur Exstirpation größerer Geschwülste würde man gewinnen mit Hilfe eines abwärts auf den Schambogenscheitel gerichteten Bogenschnittes, Durchmeißeln beider Schambeine senkrecht durch die Tubercula pubica und temporäres Aufklappen des Knochenlappens nach oben; doch dürfte in der Regel die oben angegebene Methode genügen.

Langenbuch hat vorgeschlagen, durch Ablösung des Trigonum uro-genitale und der inneren Partien der Corpora cavernosa vom Scheitel des Schambogens einen subpubischen Blasenschnitt auszuführen, und Wilhelm Koch riet, durch Ausschneidung eines viereckigen Knochenstückes aus dem Schambogentore unter Stehenlassen einer oberen Knochenspange einen Zugang zur Blase und Prostata zu schaffen. Daß diese Vorschläge praktische Gestalt angenommen hätten, ist mir nicht bekannt.

Anmerkung bei der Korrektur. Das Befinden des Pat. ist andauernd gut geblieben; doch macht ihm der jauchige Blasenkatarrh, der wohl auch die Nierenbecken ergriffen hat, viel zu schaffen. An der Leiche habe ich mich inzwischen überzeugt, daß man auch ohne Wegnahme von Knochen zum Ziel kommt, wenn man die Prostata gehörig von der Innenseite der Schambeine ablöst. Man kann sie dann ganz unter dem Schambogen hervorziehen.

---

1) W. Kolle und A. Wassermann. Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Lieferung 17.

Jena, Gustav Fischer, 1903.

Die vorliegende Lieferung, mit der der dritte Band des Werkes schließt, enthält zumeist Darstellungen aus dem Bereiche von Mikroorganismen, die bei den Erkrankungen der Tiere eine Rolle spielen. Es sind diese Aufsätze somit vorwiegend von Interesse für den Bakteriologen von Fach und für den Tierarzt, weshalb von einer Besprechung an dieser Stelle abgesehen werden kann. Für den praktischen Arzt von Wert sind aus der Lieferung nur zwei Aufsätze, und zwar über die Kapselbazillen von Abel und »über die Mikroorganismenbefunde bei anderen Infektionskrankheiten« von Kolle und Hetsch.

Als Prototyp der Kapselbazillen findet der Bazillus pneumoniae Friedlaender eine genauere Darstellung. Die einzelnen Typen der Gruppe und die Fundorte werden im Anschluß daran beschrieben. Das die Infektionskrankheiten behandelnde Kapitel zeigt uns, wie wenig wir heut noch in der Lage sind, die dabei in Frage kommenden Infektionserreger zu isolieren. Es eröffnet uns dabei eine

Perspektive, nach welcher Seite hin für den Bakteriologen noch viel zu arbeiten und viel zu schaffen ist. **Silberberg** (Breslau).

---

2) **M. B. Schmidt.** Die Verbreitungswege der Karzinome und die Beziehung generalisierter Sarkome zu den leukämischen Neubildungen.

Jena, **Gustav Fischer,** 1903. 91 S. Mit einer Tafel u. einer Fig. im Texte.

In dem ersten Abschnitt der v. Recklinghausen zum 70. Geburtstag gewidmeten Monographie sucht Verf. unter Zugrundelegung eines makroskopisch und mikroskopisch durchgearbeiteten Materials von 41 Fällen eine Erklärung für zwei auffallende Tatsachen in der Art der Verbreitung der Karzinome, nämlich einmal für das häufige Freibleiben der Lungen und dann für die gesetzmäßige Auswahl, mit der bei Verbreitung des Karzinoms durch den großen Kreislauf bestimmte Organe mit Vorliebe befallen, andere verschont werden. Während sich für Erklärung der letzteren Tatsache keine wesentlich neuen Gesichtspunkte auffinden ließen, hat die Untersuchung der Lungen zu sehr wichtigen Ergebnissen geführt. Verf. teilt die untersuchten Fälle in vier Gruppen; bei der ersten beteiligte der Krebs eines Unterleibsorgans die Lymphdrüsen, das Bauchfell und die Leber ohne Übergang in den großen Kreislauf, bei der zweiten ist ebenfalls nur die Leber von einem primär erkrankten anderen Organ (Magen, Gallenblase, Mastdarm, Blinddarm) ergriffen, wobei die Metastasenbildung sowohl durch die Pfortader wie durch die Lymphbahnen vermittelt wird. Die dritte Gruppe umfaßt die Fälle, bei denen außer Lymphdrüsen, Leber, Skelett jedesmal die Lungen ergriffen waren, aber nur auf dem Wege der Lymphbahnen ohne Beteiligung des Blutweges. Die letzte Gruppe von 15 Fällen umfaßt diejenigen, bei welchen Krebszellenemboli in den kleinen Lungenarterien aufgefunden wurden, und zwar vielfach ohne daß durch das makroskopische Aussehen der Lungen auf die eingetretene Verschleppung aufmerksam gemacht worden wäre, und war von besonders praktischem Interesse bei im allgemeinen sehr beschränkter Metastasenbildung. Dabei konnte direkt oder indirekt ausgeschlossen werden, daß von den perivaskulären Lymphbahnen usw. aus ein Einwachsen in die Arterienäste erfolgt war. Die Verschleppung der Krebszellen erfolgt bisweilen in mehreren Etappen. Entweder werden nun die Krebszellenhaufen trotz erhaltener Wucherungsfähigkeit unschädlich gemacht, indem sie durch Organisation ihrer thrombotischen Hülle vernichtet oder abgekapselt werden, oder sie wachsen durch den einschließenden bindegewebigen Thrombus in die Kapillaren und kleinen Lungenvenen ein und werden so zum Anlaß einer Generalisierung im großen Kreislauf. Nur ein kleiner Teil aber bricht durch die Arterienwand in die perivaskulären Lymphbahnen ein. Als Einbruchsstelle des krebsigen Materials in die Blutbahn dürfen

für gewöhnlich nicht die kleinen Venen angesehen werden, da diese nicht die Eingangspforte für so große stromafreie Krebszellenhaufen, wie sie sich in den beobachteten Fällen darstellten, abgeben können; als Transportweg wird vielmehr sehr häufig der Ductus thoracicus in Betracht kommen, in den die Keime von den Lymphdrüsen aus eintreten. Das Intaktsein des Ductus wird einen solchen Transport nicht hindern, im Gegenteil ihm gerade förderlich sein; eine entsprechende Beobachtung illustriert diese Anschauung in der schönsten Weise. Als Folge retrograden Transportes von dem Ductus thoracicus aus muß auch sehr häufig die Karzinomentwicklung in den linksseitigen Supraclaviculardrüsen angesehen werden, deren Erkrankung aber, wie auch andere Untersuchungen dargetan haben, durchaus nicht als charakteristisch für primären Magenkrebs angesehen werden kann.

Im Gegensatz zu den Karzinomen läßt sich bei den Sarkomen nur für einen Teil eine Generalisierung durch Verschleppen der Keime der Primärgeschwulst durch die Ströme des Körpers nachweisen; andere, so besonders die stark generalisierten Rundzellensarkome mit retikulärer Grundsubstanz, die Lymphosarkome, müssen als primär multipel entstanden betrachtet werden. Zur Erläuterung wird ein Fall von diffuser, wahrscheinlich selbständig nebeneinander aufgetretener Sarkomatose einmal des ganzen Skelettes und dann des Lymphdrüsenapparates mit Freibleiben der inneren Organe (mit Ausnahme eines metastatischen Knotens in der linken Nebenniere) beschrieben. Die Skeletterkrankung charakterisiert sich, ohne daß klinisch eine Auftreibung der betreffenden Knochen zu konstatieren gewesen wäre, als multiple myelogene Sarkomatose. Dabei hat eine Umwandlung des Markes stattgefunden, nicht nur in den stark geröteten Markzylindern der Diaphysen, sondern auch in dem spongiösen Teil und den Markräumen und Gefäßkanülen über der kompakten Substanz. Ein kontinuierlicher Zusammenhang des sarkomatösen Markes mit subperiostalen Geschwulstpolstern, an deren Bildung sich aber nur die tiefe Periostschicht beteiligt, wird durch die normalen oder erweiterten Rindenkanäle hergestellt. Betreffs der Beteiligung der einzelnen Knochen ist von großem Interesse, daß nur Schädel, Rumpf und proximale Knochen der Extremitäten streng symmetrisch, in gleicher Intensität und mit Bevorzugung gewisser Abschnitte der einzelnen Knochen befallen sind. Hinsichtlich der äußeren Erscheinung der tiefroten Sarkome an Rippen und Röhrenknochen, an die sich subperiostale und periostale Blutungen anschließen, ist eine gewisse Ähnlichkeit mit Barlow'scher Krankheit, hinsichtlich der Lokalisation am Schädel mit den Chloromen nicht zu verkennen. Dafür, daß diese als multiple periostale Sarkome imponierenden Geschwülste myelogenen Ursprunges, verbunden mit diffuser Sarkomatose des Lymphdrüsenapparates, in engste Beziehung zu den pseudoleukämischen Neubildungen zu setzen sind, findet Verf. einen weiteren Beweis in einem Falle von echter Leukämie mit

multiplen leukämischen Periostverdickungen an den distalen Enden aller knöchernen Rippen. Dieselben zeigen mikroskopisch denselben Aufbau aus kleinen Lymphocyten wie die hyperplastischen Lymphdrüsen, Thymus und eine gleichzeitig bestehende Infiltration der Nieren und des Hodens. Pseudoleukämische Infiltration der Hoden (linker Hoden auf das doppelte geschwollen) war auch bei einem weiteren Falle eines 16jährigen Knaben festzustellen, der als Lymphosarkom der Thymus mit pseudoleukämischen Veränderungen der Lymphdrüsen, Tonsillen, Milz, Nierenrinde und Hoden aufzufassen war. Hier ist im Gegensatz zu Kundrat's Lymphosarkomatose eine selbständige Entstehung der verschiedenen lymphatischen Neubildungen unabhängig voneinander anzunehmen. Während klinisch eine Trennung der lymphatischen Neubildung in Lymphosarkome und hyperplastische Lymphome, leukämischer und pseudoleukämischer Art, berechtigt erscheint, ist eine Scheidung anatomisch unmöglich.

Engelhardt (Gießen).

---

3) **Kranzfelder** und **Schwinning.** Die Funkenphotographie, insbesondere die Mehrfach-Funkenphotographie in ihrer Verwendbarkeit zur Darstellung der Geschoßwirkung im menschlichen Körper.

(Herausgbn. von der Medizinalabteilung des kgl. preußischen Kriegsministeriums.) Berlin, 1903. 56 S. 6 Abb. u. ein Atlas von 25 Tafeln.

In der zweiten Hälfte der achtziger Jahre gelang es zuerst Mach, das fliegende Geschoß eines modernen Gewehres zu photographieren, indem er zur Fixierung seines Bildes auf der Platte den elektrischen Funken einer Leydener Flasche benutzte, dessen starke Lichtwirkung nur etwa $^1/_{1\,000\,000}$ Sekunde dauert, und den das Geschoß selbst auslöste. — Das vorliegende Werk gibt eine größere Anzahl sehr schöner, in dieser einfachen Weise erhaltener Bilder. Es handelte sich Mach bei seinen Versuchen wesentlich um das Studium der durch bewegte Geschosse in der Luft erregten Vorgänge. Weiter wurden auch die Vorgänge im Ziel ins Auge gefaßt; unter diesen Versuchen sind mit die interessantesten die Schießergebnisse gegen freistehende Glasscheiben, wie sie 1897 v. Obermayer mit sehr charakteristischen Abbildungen veröffentlicht hat. Es interessiert aus ihnen namentlich, daß auch bei diesem wenig widerstandsfähigen, spröden Ziel die ersten feinst zermalmten Glastrümmer dem Schützen entgegen fliegen — ein Vorgang somit, der hier mit Hydrodynamik nichts zu tun hat —, und daß die Scheibe selbst in ihrer Totalität in gröbere Splitter erst zerfällt, nachdem das Geschoß schon weit über sie hinausgeflogen ist.

Bei diesen von Mach, v. Obermayer u. a. unternommenen Versuchen erzeugte jeder Schuß nur ein photographisches Bild. Nun war es aber wünschenswert, daß das getroffene Ziel schnell hintereinander mehrfach aufgenommen wurde, um die in ihm erzeugten

Splitter — z. B. bei Schüssen gegen Knochen — in ihren Bewegungen beobachten und die ihnen zuerteilte Geschwindigkeit berechnen zu können. Das ist nun von obenstehenden Experimentatoren erreicht worden, indem Oberingenieur Dr. S. statt einer Leydener Flasche deren sieben verwendet hat, die er hintereinander anordnete, derartig, daß das fliegende Geschoß kurz hintereinander sieben Funken auslöste, deren jeder das getroffene Ziel hell beleuchtete. So entstanden sieben Bilder von diesem, die, auf einem äußerst schnell rotierenden Film nebeneinander aufgenommen, den Ablauf der Schußwirkung im Ziel zeigten. Und da sich die Geschwindigkeitsverhältnisse der einzelnen in Frage kommenden Momente genau berechnen ließen, ergaben sich damit auch annähernd genaue Zahlen für den Ablauf der Vorgänge im Ziel, die Bewegungsgeschwindigkeit der entstandenen und fortgeschleuderten Knochensplitter u. dgl. Die Bearbeitung dieser Ergebnisse rührt aus der Feder K.'s her.

Geschossen wurde aus dem deutschen Infanteriegewehr mit Infanteriegeschossen von 7,9 Kaliber, 14,7 g Gewicht, 640 m/sekunden Anfangsgeschwindigkeit, event. mit abgebrochener Ladung für die Entfernung von 800 m; daneben auch mit Pistolen. Aber die Geschoßform war nicht immer die gleiche, sondern vorn bald normal ogival, bald schlanker, bald glatt abgeschnitten, — plattköpfiges Geschoß —; Zielweite 8—12 m, bei Pistolen 3 und 4 m. Als Ziel endlich diente vor allem der sog. Hesseknochen des Kalbes, und zwar entweder unverändert oder des Periostes beraubt, oder nach mehr oder weniger ausgedehnter Freilegung des Markes oder andererseits entmarkt; vorbereitend wurden nur als dem Mark einigermaßen ähnliches Material 3 cm dicke Platten von Schweineschmalz beschossen, deren Festigkeitsgrad sich durch Erwärmen und Abkühlen schwächen oder stärken ließ. Es entstanden in diesen Zielplatten, wie bei früheren ähnlichen Versuchen, gewaltige zylinderförmige Löcher mit nach beiden Seiten vorgetriebenen Rändern, da infolge des plötzlichen heftigen Stoßes des schnellfliegenden Geschosses die Zielteile zunächst immer dahin ausweichen, wo der geringste Widerstand vorhanden ist; sonach — in flüssigen wie weichen Teilen, ja wie in sprödem Glase — zuerst stets gegen den Schützen hin, dann zur Seite und rückwärts, zuletzt, wenn das Ziel relativ leicht durchschlagen wird, am machtvollsten in der Richtung des fliegenden Geschosses. Die Wirkungen, namentlich die Seitenwirkungen, sind um so gewaltiger, je stumpfer das Geschoß. Aber nicht gleich das erste der aufgenommenen sieben Bilder zeigt die großartige Wirkung auf ihrer Höhe, sondern erst auf der vierten, fünften Photographie erscheint sie voll entwickelt, zu einer Zeit also, da das Geschoß schon weit über das Ziel hinausgeflogen ist, offenbar weil die Übertragung des Geschoßstoßes von der direkt vom Geschoß getroffenen Schmalzschicht auf die Schicht für Schicht dieser anlagernden Schmalzmassen bis zu der Grenze hin, wo die Wirkung zur Ruhe kommt, eine gewisse Zeit beansprucht. Ähnliche Erfolge zeigten auch Schüsse gegen wassergefüllte Herzen bezw. Darmabschnitte.

Das Hauptergebnis dieser Schießversuche faßt K. dahin zusammen: Die Fortpflanzung des schnellsten Geschoßstoßes in Flüssigkeit und in flüssigkeitsreichen, verhältnismäßig homogenen Massen und Geweben (Knochenmark, Gehirn) folgt der Geschoßspitze in der Richtung der Flugbahn verhältnismäßig langsam, eine Bewegung von Gewebsmassen eilt der Geschoßspizte nicht voraus, sondern diese überholt den von ihr ausgehenden Stoß, insofern er primär oder sekundär Bewegungen von Gewebsmassen zur Folge hat, fortgesetzt. Sehr richtig setzt Verf. dann aber hinzu: aus den Versuchen mit den höchsten Geschwindigkeiten dürfen nicht ohne weiteres Schlüsse auf Vorgänge bei sehr niedrigen Geschwindigkeiten gezogen werden und umgekehrt. Denn bei Schießversuchen, die seinerzeit Busch mit dem Chassepotgewehr gegen wassergefüllte Zinkhohlkugeln oder halbgefüllte Einmachbüchsen machte, fehlte an der Ausschußseite des aufgeplatzten Gefäßes jede Spur eines durch das austretende Geschoß erzeugten Substanzverlustes; hier mußte die vom Geschoß erzeugte Stoßwelle des Wassers notwendigerweise die Gefäßwand früher auseinandergerissen haben, als das in derselben Richtung vordringende Geschoß. Die Änderungen, die infolge der Verwendung weit schneller fliegender, dazu viel weniger leicht deformierbarer Geschosse bei den Ergebnissen der Schießversuche der letzten Lustren gegenüber den Schießversuchen der 70er und 80er Jahre zutage getreten sind, haben vielfach zu einer falschen Beurteilung der letzteren Veranlassung gegeben, sowie zu einer fehlerhaften Kritik ihrer Deutung.

Aus den Bildern über die Schießresultate gegen Schmalzplatten erklären sich nun auch die Erfolge bei Schießversuchen gegen den Kalbshesseknochen. Die größte Analogie zeigen die Schüsse gegen das freigelegte Mark. Man sieht, daß die von der Auftreffstelle aus sich im Mark ausbreitende Stoßwelle den beim Freilegen des Markes stehengebliebenen Knochenzylinder vom Trepanationsrand her und von innen nach außen drängt und zerreißt, am Einschuß die Fragmente dem Geschoßflug entgegen verschiebt, Fissuren in der Längsrichtung des Knochens reißt und durch sie Knochenmark in heftigem Stoß nach außen preßt. Mindestens das letztere kommt auf Rechnung des Stoßes in Flüssigkeit; die Zerstörung der spröden Corticalis wird, wie vergleichende Schießversuche gegen den entmarkten Knochen ergaben, zum größten Teil durch das Geschoß selbst bewirkt, auch in nahezu demselben zeitlichen Ablauf wie bei dem markgefüllten — in etwa $^{9}/_{10\,000}$ Sekunden — zu Ende geführt; nur reichen hier die Knochensprünge nicht ganz soweit und klaffen weniger, als bei dem Beschießen des markhaltigen Knochens. Diaphysenschüsse mit den drei Vergleichsgeschossen stimmten in ihren Erfolgen auch mit den entsprechenden Ergebnissen gegen das einfachere Ziel überein, d. h. um so schneller ist das Wachstum, um so größer die endgültig erzielte Ausdehnung der Zerstörung, je stumpfere Geschosse verwandt werden. Dem entspricht die Größe des Geschwindigkeitsverlustes, den diese selber erleiden. Schießversuche mit abgebrochener Ladung, wobei das Geschoß mit

der Geschwindigkeit von 288 (m/Sekunde) das Ziel traf, ergaben ein weit langsameres Vorschreiten der Stoßwelle in der Längsrichtung der Marksäule und deren geringere Energie; die Zahl der erzeugten Knochensplitter war weit kleiner, ihre Größe dagegen bedeutender; nicht wenige blieben in festerem Zusammenhang mit dem Periost und durch dieses mit dem Rest des beschossenen Knochens, federten auch wohl — wie in der Bildfolge deutlich zu sehen — in ihre Normallage wieder zurück, aus der sie nur vorübergehend herausgedrängt waren. — Ein einziger Schießversuch mit einem kleinen aus der Pistole — also mit geringer Anfangsgeschwindigkeit — geschossenen nicht ummantelten, im Ziel sich abplattenden Hartbleigeschoß zeigt durch die auffallend rasche und breite Zerstörung des Knochens, die dabei eingetreten, welch enormen Einfluß auf die Schwere der Wunde die Deformierbarkeit der Geschosse ausübt und wie dieselbe bei der Deutung der Schießresultate aus jenen Zeiten zu berücksichtigen ist, als nur Weichbleigeschosse, und dazu noch solche von weit größerem Kaliber verwendet wurden, als die Geschosse unserer Tage besitzen. Endlich sei noch erwähnt, daß auf zwei Tafeln die Ergebnisse von Schießversuchen gegen einen menschlichen Ober- bezw. Unterarm abgebildet sind, die gestatten, aus den entstehenden Gestaltveränderungen der Hautkontur auf den Umfang und den zeitlichen Verlauf der Zerstörungen der Knochen und der sie bedeckenden Weichteile zu schließen.

Zum erstenmal haben die im vorhergehenden kurz besprochenen einzig dastehenden ungemein wertvollen Versuche den Verlauf der in einem von schnellfliegendem Mantelgeschoß getroffenen Ziel in minimaler Zeit vor sich gehenden Veränderungen dem Auge in scharfen, vorzüglich ausgeführten Bildern klargelegt. Die gröberen Erscheinungen, das Zurückwerfen von Zielteilen gegen den Schützen als nach dem Orte des — zunächst — geringsten Widerstandes, das definitive Resultat in den Zielen der verschiedensten Konstitution — von der gewaltigen Schiffspanzerplatte bis zur wassergefüllten Blase, von lebenden Wesen und von Leichenteilen —, variabel nach Gestalt, Geschwindigkeit und Konsistenz der verwendeten Geschosse — das kennen wir seit Jahrzehnten; zum erstenmal aber sehen wir jetzt mit Augen genau die kinetischen Vorgänge im Ziel, wie sie in minimalen Zeitintervallen aufeinander folgen. Auch gestatten die erzielten Bilder mit Zuhilfenahme der früher erwähnten Schießversuche und der Experimente von Cranz und Koch (Referat dies. Bl. 1901 p. 273) gegen Glasscheiben eine Erklärung der scheinbar paradoxen Tatsache, daß die Geschosse, obwohl sie sich durch die Flüssigkeit langsamer bewegen wie der Schall, doch beim Durchschießen flüssigkeitshaltiger Ziele deren Ausschußwand noch unversehrt, nicht von der durch sie erzeugten Stoßwelle aufgerissen antreffen und die Wucht des Stoßes erst allmählich zur vollen Wirkung kommt.

Wenn sich auch gegen Einzelheiten der Ausführungen Einwürfe erheben lassen — z. B. die Behauptung, für die Sprengwirkung von Schädelschüssen sei es einerlei, ob das Gehirn 1—2—3 mm von der Schädelkapsel zurückgesunken sei, den alten Schießversuchen Rücker's nicht entspricht —, so ist doch die gesamte Arbeit als bedeutungsvollste Förderung unseres Wissens auf dem behandelten Gebiet zu bezeichnen und Ärzten wie Physikern zum Studium dringend zu empfehlen. **Richter** (Breslau).

4) **P. Imbriaco** (Firenze). Sull' azione degli attuali fucili da guerra e specialmente del fucile italiano di piccolo calibro in confronto con quello di medio calibro. Studio sperimentale.

Rom, **E. Voghera**, 1903. 76 S. Mit 15 Tafeln.

Wie verschiedene Autoren anderer Länder, so hat Verf. die Wirkung der modernen Waffen der italienischen Armee zu studieren gesucht. Er führte deshalb eine große, schon im Jahre 1894 begonnene Reihe von Experimenten aus und benutzte dazu das 10,35 mm-Geschoß, italienisches Modell 1870—87, sowie das Modell 1891, 6,5 Kaliber, ferner Patronen mit mantellosen Geschossen und solche mit Messingmantelgeschossen (Modell 1890). Als Ziele dienten Gegenstände, wie Baumstämme, Sand, Kautschuk-, Paraffin-, Metallplatten, Kassetten mit schmelzbarem und entzündbarem Inhalte, ferner tierische und menschliche Skelett- und Leichenteile, sowie lebende Tiere. Im wesentlichen zieht Verf. aus seinen Versuchen den Schluß, daß im Ernstfalle, dank der Perkussionskraft der Geschosse, die Verletzungen zum größeren Teile relativ günstige sein würden, da sie mit geringen Weichteil- und Knochenzerstörungen einhergehen würden. Auch von den Lungen- und Bauchschüssen erwartet Verf. eine ziemlich gute Prognose. So glaubt I., daß die modernen Geschosse human wirken, aber auch eine große Zahl Verwundeter außer Kampf setzen. — Bezüglich der Details muß auf das Original verwiesen werden, in welchem die Experimente durch 59 lehrreiche Photogramme illustriert sind. Jedenfalls dürfte das Buch ein dankenswerter Beitrag zur Kriegschirurgie sein. **A. Most** (Breslau).

5) **Schjerning.** Über Körperlängsschüsse.

(Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens. Herausgeg. von der Medizinalabteilung des kgl. preuß. Kriegsministeriums. Hft. 25.)

Berlin, **August Hirschwald**, 1903.

Entgegen den Anschauungen, die man hegte, daß infolge der großen Durchschlagskraft der modernen Kleingewehrgeschosse dieselben im Kriege im getroffenen menschlichen Körper fast nie zurückgehalten werden würden, ergaben die Erfahrungen der letzten Kriege, daß doch zahlreiche Geschosse denselben nicht durchdrangen, selbst dann, wenn sie aller Wahrscheinlichkeit nach vor dem Eindringen

in den Körper einen anderen erheblichen Widerstand nicht zu überwinden gehabt hatten. Die Gewebe selber hatten zur Hemmung der Geschosse ausgereicht deshalb, weil letztere den Körper, den sie in liegender Stellung getroffen hatten, in longitudinaler Richtung durchdrangen. Nachdem die Erfahrung diese Erklärung gegeben, wurden Schießversuche gegen liegende Leichen gemacht, und zwar mit Vollladung auf 200, 600, 800 und 1350 m, wobei sich dann in der Tat das überraschende Resultat ergab, daß auf 200 m treffende Geschosse in 40% stecken blieben, auf 600 m in 36%, auf 800 m in 50%, auf 1350 m in 65%. Es ist das bei der gewaltigen lebendigen Kraft der gepanzerten Hartbleigeschosse recht auffällig gegenüber früheren Erfahrungen, wo die Bleikugel des glatten Gewehres auch schon Schußkanäle von der Schulter bis zum Knie hin erzeugt hatte und gegenüber der Häufigkeit ungemein langer Schußkanäle, wie sie vor 50 Jahren im Krimkrieg die plumpen Geschosse der damaligen Gewehre hervorriefen. Verf. macht auf die Spätfolgen solch langer Schußkanäle aufmerksam, wie sie sich allmählich durch Narbenschrumpfung entwickeln dürften und rät, diese Verhältnisse bei der Behandlung von vornherein im Auge zu behalten.

Richter (Breslau).

---

6) **Schjerning.** Über die Bekämpfung des Tetanus in der Armee.

(Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens. Herausgbn. von der Medizinalabteilung des kgl. preuß. Kriegsministeriums. Hft. 25.)
Berlin, **August Hirschwald,** 1903.

Es ist eine alte Erfahrung, daß an Platzpatronenwunden sich häufig Tetanus anschließt. In der preußischen Armee kam während der letzten 20 Jahre Tetanus 96mal zur Beobachtung, darunter 34mal ausgehend von eben solchen Wunden, während nicht ein einziger Fall sich an Verletzungen durch artilleristische oder scharfe Gewehrgeschosse anschloß. Aber wo der Tetanusbazillus seinen Sitz hatte, ließ sich bisher nicht entscheiden; wenigstens konnte man ihn weder in dem Holzgeschoß noch in der äußeren Hülse der Patronen auffinden. Nun gelang es aber in der neuesten Zeit den Oberstabsärzten Musehold und Lösener, zahlreiche virulente Tetanusbazillen in den aus Hadern und Lumpen hergestellten Fließpappepfropfen nachzuweisen, die neben dem Pulver von der Patronenhülse umschlossen werden. Und damit war nicht nur die Erklärung für die Ätiologie und Schwere der Tetanusfälle bei Platzpatronenwunden, sondern auch die Möglichkeit gegeben, ihnen vorzubeugen. Da solche Wunden stets auf sehr geringe Entfernung entstehen, erklärt es sich leicht, nicht nur, daß in sie so häufig Teile der Pfropfen mit hineingerissen werden, sondern daß sie da auch sehr günstige Verhältnisse für ihre Weiterentwicklung finden, insofern die Wunden, durch zahlreiche Fragmente des zerrissenen Holzgeschosses gespickt, stark gequetschte und zerrissene Wandungen zeigen. Das erklärt auch

weiter die Erfahrung der auffallend hohen Sterblichkeit — 80% —, welche gerade die Platzpatronenwunden in der preußischen Armee gegeben haben. Denn alle 96 Tetanusfälle der Armee zusammengenommen — unter ihnen eben 34 nach Verletzungen durch Platzpatronen — ergaben einen günstigeren prozentualen Ausgang: von den 25 mit Antitoxin behandelten wurden 40%, von den Fällen, wo dies unmöglich war, 30% geheilt. Die Fließpappe aber zu sterilisieren gelang leicht durch 10minutige Anwendung strömenden Dampfes (Stabsarzt Bischoff). Und so steht denn zu erwarten, daß künftighin die Gefahr der Tetanusinfektion den Platzpatronenwunden nicht mehr anhaften wird, da fortan nur sterilisiertes Material bei der Herstellung der Patronen zur Verwendung kommt.

Richter (Breslau).

---

7) **Donath.** Die Einrichtungen zur Erzeugung der Röntgenstrahlen. 2. Auflage.

Berlin, **Raedter & Reichard,** 1903. 244 S.

Ref. empfahl gelegentlich des Berichtes der ersten Auflage das vorliegende Buch allen denen, welche sich über das physikalische Gebiet, das zum Arbeiten mit Röntgenstrahlen notwendig ist, schnell und sicher informieren wollen. In dieser Beziehung war das Lehrbuch den übrigen voran, zumal es auch seinerzeit das erste war, das den Wehneltunterbrecher und seine Benutzung in Wort und Bild brachte. Nach 4 Jahren liegt uns jetzt die zweite Auflage vor, ein Beweis, daß das Buch sich Freunde erworben hat.

Die Einteilung des Buches ist die alte bewährte geblieben, einige Kapitel, besonders das über die Natur der Röntgenstrahlen, haben bedeutende Erweiterungen erfahren.

All die Erweiterungen wird der Leser mit Freude begrüßen, in einigen Abschnitten wird er aber zu seinem Bedauern bemerken, daß das Werk nicht mit der Zeit vorgeschritten ist. Die Abbildungen des einfachen Wehneltunterbrechers, z. B. die mit der Kühlschlange, sind alte Modelle, die sich als unpraktisch erwiesen haben und deshalb vom Markte verschwunden sind.

Der dritte Abschnitt über die Induktoren hat nicht die Ausgestaltung erfahren, die er absolut verdienen müßte, der Waltherschen Vorschläge für die Konstruktion der Induktoren ist nur ganz nebenbei kurz gedacht.

Ist einem Arzt ein Dessauer'scher Apparat zum Kauf angeboten, so wird er ganz vergebens das D.'sche Buch in die Hand nehmen, um sich zu informieren. Derartige Punkte müssen unbedingt in einem Buche, das sich besonders zur Aufgabe macht, die Einrichtungen zur Erzeugung von Röntgenstrahlen zu schildern, enthalten sein.

Auch in dem Kapitel — Radiographie — gibt es verschiedenes auszusetzen.

So z. B. hat der Verf. sicherlich einiges aus dem Entwicklungsprozeß gewöhnlicher photographischer Platten auf die Entwicklung von Röntgenplatten übertragen; z. B. die Angabe, so lange zu entwickeln, »bis das Bild in der Durchsicht, gegen das rote Licht betrachtet, hinreichend kräftig erscheint«. Nur bei Platten, bei denen es sich um Hand- und Fußaufnahmen handelt, stimmt das, bei den meisten Röntgenaufnahmen, besonders den schwierigen, ist man auf eine gewisse Erfahrung in der Entwicklung angewiesen und man kommt direkt in Verlegenheit, wenn man sich nach der D.'schen Vorschrift richtet.

Hoffen wir, daß die nächste Auflage das erfüllt, was man nach der ersten Auflage von der folgenden zu erwarten berechtigt war.

H. Wagner (Breslau).

---

8) **Gocht.** Handbuch der Röntgenlehre. 2. Auflage.

Stuttgart, Ferdinand Enke, 1903. 406 S.

5 Jahre nach der ersten Auflage liegt uns die zweite Auflage des G.'schen Lehrbuches vor, das in kurzer Zeit sich ungeteilten Beifalles zu erfreuen hatte. Mit Freude sieht der Leser die Entwicklung dieses Werkes, welches den Rahmen eines einfachen Lehrbuches überschritten hat und mit vollstem Recht von dem Verf. als Handbuch bezeichnet wird. Die äußere Einteilung des Werkes ist dieselbe geblieben, aber jeder Abschnitt hat eine Umarbeitung und Ergänzung gefunden.

Dem veränderten und verbesserten Instrumentarium ist eine eingehende Schilderung gewidmet; besonders betrifft dies den Wehneltunterbrecher und den nach den Angaben von Walther konstruierten Induktor. All die Anschauungen, die G. dabei niedergelegt hat, entspringen praktischen Erfahrungen; wenn man auch in einigen Punkten von seinen Ansichten abweichen kann, so tut dies dem Werte seiner Ausführungen keinen Abbruch.

Die geringen Fortschritte, die eigentlich die Konstruktion der Röntgenröhren gemacht hat, kritisiert G. etwas scharf; im Grunde genommen hat er damit Recht. Die Entwicklung der Röhre hat mit der des Unterbrechers und Induktors keinen gleichen Schritt gehalten.

Den zweiten, speziellen Teil, der praktischen Verwendung der Röntgenstrahlen, hat G. auch bedeutend ausgebaut; auf Einzelheiten kann man in dem begrenzten Raum eines Referates nicht eingehen doch möchte Ref. dringend das Studium auch dieses Teiles empfehlen.

Ein Literaturverzeichnis von 82 Seiten beschließt das vorzügliche Buch, das für alle, die auf diesem Gebiet arbeiten, ein absolut notwendiger Begleiter sein dürfte. **H. Wagner** (Breslau).

---

9) **Stechow.** Das Röntgenverfahren mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Verhältnisse.

Berlin, **August Hirschwald,** 1903. 265 S.

Das vorliegende Werk — der 18. Band der Bibliothek von Coler — ist zunächst, wie in der Vorrede gesagt wird, für den Sanitätsoffizier bestimmt.

In der Einleitung gibt zunächst Verf. einen Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Röntgenstrahlen.

Als zweiter Teil folgt dann eine sehr genaue, eingehende Schilderung des Röntgeninstrumentariums — der Induktion, des Unterbrechers, der Stromquelle der Röntgenröhren, des Leuchtschirmes (p. 27—106). In Wort und Bild führt S. den Leser ein, er schildert ihm eingehend den Bau der Induktoren, deren frühere und jetzige Konstruktion (Walther'sche Primärspule). Ein breiter Raum ist den Unterbrechern gewidmet, bei denen Verf. mit dem einfachen Wagner'schen Hammerunterbrecher beginnt und mit dem alle anderen Unterbrecher zurückdrängenden Wehnelt'schen elektrolytischen Unterbrecher endet.

Der weitere Abschnitt ist dann der Stromquelle gewidmet. Akkumulatoren, Gleichstrom-Wechselstromanlagen und die erforderlichen Zusatzapparate finden eine eingehende Würdigung. Ebenso ausführlich ist dann die Röntgenröhre in ihren verschiedenen Abarten behandelt.

Durchweg sind die verschiedensten Formen des Röntgeninstrumentariums beschrieben und abgebildet, so daß für jeden, der sich diesen oder jenen Apparat anschaffen will, eine lehrreiche Übersicht, über die gebräuchlichsten und zweckmäßigsten Apparate geschaffen ist.

Teil III des Buches bringt Notizen über die Photographie (p. 106 bis 143); auch hier wird der Anfänger alles finden, was er zunächst zur Anfertigung von Röntgenbildern notwendig hat.

Nach einem kurzen Abschnitt über die Einrichtung der Röntgenstation, wendet sich dann S. dem praktischen Arbeiten mit Röntgenstrahlen zu (p. 175—249).

In diesem Abschnitt hätte Verf. nach des Ref. Ansicht etwas ausführlicher sein können, der Teil ist schließlich doch der wichtigste, und wird bei einer neuen Auflage der Ausbau dieses Kapitels dankbar angenommen werden.

Der Schluß des Buches bringt eine Übersicht über transportable Röntgeneinrichtungen.

Die Ausstattung des Buches ist gut, nur die Abbildungen stehen nicht durchweg auf der Höhe (p. 57, 231 u. a.); ein alphabetisches Register fehlt.

H. Wagner (Breslau).

10) Albers-Schönberg. Der diagnostische Wert der Röntgenuntersuchungen für die innere Medizin.

(Moderne ärztliche Bibliothek Hft. 2. Herausgeber Dr. Karewski.)
Berlin, Leonhard Simion, 1904.

In der modernen ärztlichen Bibliothek sollen nach Angabe des Verlages und des Herausgebers eine Reihe von Arbeiten zwanglos erscheinen, welche in streng wissenschaftlichen, aber leicht verständlichen, kurzen und doch alles Wesentliche umfassenden Aufsätzen es jedem ermöglichen, sich über alle Erfolge der rastlos fortschreitenden Medizin zu unterrichten. Dies ist in kurzen Worten das Programm des Herausgebers, und unter diesem Gesichtswinkel muß man die erschienenen Arbeiten betrachten.

A.-S. hat in einem Umfang von 30 Seiten den diagnostischen Wert der Röntgenuntersuchungen für die innere Medizin geschildert.

Nach einer kurzen Einleitung schildert er nach Körperregionen die pathologischen Organveränderungen, deren Diagnose durch die Röntgenstrahlen gefördert werden kann. Man muß hier gleich anerkennen, daß A.-S. sich in dieser Beziehung als ruhiger, kritischer Forscher zu erkennen gibt, der auf dem Boden von Tatsachen stehen bleibt, sich keinen unnötigen Spekulationen hingibt, von den Röntgenstrahlen nicht mehr erwartet, als sie zu leisten imstande sind. Die Domäne der Röntgenstrahlen sind und bleiben, soweit die innere Medizin in Betracht kommt, die Erkrankungen des Brustkorbes: Speiseröhrendivertikel, -geschwulst, -verengerungen, gutartig, finden in seiner Schilderung genaue Berücksichtigung; die Wichtigkeit der Herz- und Aortenverhältnisse nach Größe, Form, Lage, Eigenbewegungen, Beziehung zu den Nachbarorganen werden genau beschrieben. Die Erkrankung der Lunge, Bronchien nehmen den nächsten Abschnitt der Arbeit ein; leider macht sich auch hier es schon geltend, daß die Röntgendurchleuchtung nur zur Unterstützung der anderen physikalischen Untersuchungsmethoden dient, daß, wenn diese versagen (besonders in den Anfangsstadien der Erkrankung) auch die Röntgenuntersuchung keine sicheren Resultate gibt.

Auch der Pneumothorax, Mediastinalgeschwülste und die pathologischen Zustände des Zwerchfelles finden in bezug auf die Röntgenstrahlendiagnose eine eingehende Würdigung.

Von den Erkrankungen der Bauchorgane, soweit sie in das Gebiet der inneren Medizin gehören, sagt A.-S., daß sie mit Ausnahme der Nephrolithiasis nicht durch die Röntgenuntersuchung gefördert werden. Gallensteine gelingt es nur ganz ausnahmsweise skiagraphisch darzustellen.

Die kurze Abhandlung bietet einen hübschen Überblick über dieses Gebiet der Röntgenuntersuchungen. **H. Wagner** (Breslau).

---

11) M. Perez. Nuevos praedimientos para medir la profundidad en que se encuentran los proyectiles y cuerpos extranos al organisma humano por medio de la radioscopia.
(Revista de med. y cir. pract. de Madrid 1903. Nr. 810.)

P. hat einen Apparat konstruiert, den er »Triangulador radioscopico« bezeichnet, und der erlaubt, den Sitz eines Fremdkörpers geometrisch zu bestimmen durch Berechnung der Höhe eines Dreieckes, von dem die Basis und zwei Winkel bekannt sind. Seine Schlüsse sind:

1) Die Tiefe, in der ein Fremdkörper sich befindet, soll der Chirurg vor dem Beginn der zu der Extraktion dienenden Operation kennen; denn nur hierdurch werden oft gefährliche und vergebliche Versuche vermieden.

2) Zuweilen ist bei der Extraktion größte Schnelligkeit geboten, besonders wenn es sich um schwere innere Verletzungen handelt, wie Hämorrhagien, Darmverletzungen, Nervenkompressionen oder Gefahr der Wanderung des Fremdkörpers an gefährliche Stellen.

3) Die geometrische Radioskopie mit Hilfe des Triangulador wirkt bedeutend schneller als die Radiographie und übertrifft daher die bisherigen Methoden in den oben erwähnten dringenden Fällen.

Stein (Wiesbaden).

---

12) Rieder. Zur Diagnose der chronischen Lungentuberkulose durch radiologische Verfahren.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 1.)

Über den Wert der Röntgenuntersuchungen bei chronischer Lungentuberkulose sind die Ansichten noch sehr geteilt. Um sich ein eigenes Urteil über dieses Gebiet zu verschaffen, schien es R. angezeigt, bei Phthisikern in verschiedenen Stadien der Erkrankung an die perkutorisch-auskultatorische Untersuchung die radiologische (radioskopische und radiographische) unmittelbar anzuschließen und das Ergebnis dieser verschiedenen Untersuchungsmethoden zu vergleichen. Nach seinen Untersuchungen, von denen R. 22 Fälle genau veröffentlicht, kommt er zu folgenden Schlüssen: »Die allerersten Anfänge der chronischen Lungentuberkulose können bis jetzt durch das Röntgenverfahren ebensowenig wie durch die übrigen klinischen Untersuchungsmethoden nachgewiesen werden, da offenbar erst gröbere anatomische Veränderungen sich auf röntgographischem Wege darstellen lassen.

Immerhin gelingt es nicht so selten bei suspekter Tuberkulose den Sitz röntgenologisch festzustellen. Oft ist die Röntgenuntersuchung auch insofern wertvoll, als sie Aufklärung darüber gibt, ob hinter katarrhalischen Erscheinungen, bezw. dem »spezifischen Katarrh« der Bronchien sich eine beginnende oder eine fortgeschrittene Tuberkulose verbirgt. R. hält die Behauptung gerechtfertigt, daß in allen Fällen von chronischer Lungentuberkulose die Röntgenuntersuchung

eine höchst wertvolle Unterstützung und Ergänzung der übrigen Untersuchungsmethoden liefert. **H. Wagner** (Breslau).

---

13) **Wittek.** Zur Technik der Röntgenphotographie (Lendenwirbel, Blasensteine).

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 1.)

W. gelang es, die Lendenwirbelsäule und einen Blasenstein dadurch bei kurzer Expositionszeit sehr schön darzustellen, daß er den Magen bezw. die Blase mit Luft aufblähte; er empfiehlt dies Verfahren zur weiteren Nachprüfung. **H. Wagner** (Breslau).

---

14) **Eppinger.** Zur Radiographie der Nierensteine.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 1.)

E. hat bei der Darstellung von Nierenstein mit sehr gutem Erfolg das Wittek'sche Verfahren (siehe vorstehendes Referat) angewandt, indem er das Kolon mit Luft aufbließ. Er konnte auf diese Weise Nierensteine ohne Blendenapparat darstellen, was ihm bei unaufgeblähtem Kolon bei derselben Pat. nicht gelang. Ein Irrtum ist dem Verf. unterlaufen: die Bleiblenden wurden nicht durch Albers-Schönberg zuerst eingeführt; der erste, der sie empfohlen hat, war Röntgen selbst. **H. Wagner** (Breslau).

---

15) **Duret.** Les manifestations des tumeurs du cervelet.

(Revue neurol. 1903. Oktober 15.)

Das Studium der Kleinhirngeschwülste führt zu dem Schluß, daß eine bemerkenswerte Übereinstimmung zwischen experimentellen Ergebnissen und klinischen Tatsachen besteht.

In beiden Fällen beobachtet man Störungen des Gleichgewichts und des Tonus (Asthenie), Inkoordination an den oberen Gliedmaßen, zerebellare Asynergie und Verstärkung der Sehnenreflexe. Klinisch kommt hinzu: ein charakteristischer Hinterhauptskopfschmerz mit Ausstrahlen in den Nacken und mehr oder weniger ausgesprochenem Opisthotonus, in einigen Fällen auch epileptiforme Anfälle, Lähmungen und Kontrakturen. Die Unversehrtheit der allgemeinen Sensibilität ist immer vorhanden und geradezu pathognomonisch. Intellektuelle Störungen, wenn sie überhaupt vorhanden sind, sind sekundärer Natur. Dieser Symptomenkomplex erlaubt, die regionäre Diagnose auf eine Kleinhirngeschwulst zu stellen.

Der Chirurg jedoch muß außerdem erkennen können, in welchem Bezirk des Kleinhirns und auf welcher Seite desselben die Geschwulst sitzt. Obwohl das Kleinhirn in funktioneller Beziehung ein einheitliches Organ zu sein scheint, sind die Symptome der Lokalisation verschieden, je nachdem die Geschwulst im mittleren Lappen, in den Seitenlappen, den Kleinhirnschenkeln oder nach der Medulla ob-

longata zu sitzt; in letzterem Falle erleichtern die Kompressionserscheinungen an den Gehirnnerven die topographische Diagnose. Für die Operation kommt alles auf die Feststellnng der Seite, auf welcher die Geschwulst sitzt, an. Klinisch und experimentell ergeben sich folgende Anhaltspunkte: Die Symptome einseitiger Kleinhirnerkrankungen sind direkte, nicht gekreuzte. Die oben erwähnten charakteristischen Kleinhirnsymptome (Störungen des Gleichgewichts usw.) lokalisieren sich auf der Seite der Geschwulst oder sind auf ihr wenigstens ausgeprägter. Das Hinfallen infolge der Gleichgewichtsstörungen geschieht meist nach der Seite der Geschwulst zu, auch die Kompressionserscheinungen an den Hirnnerven und die Steigerung der Sehnenreflexe entsprechen der Seite der Geschwulst. Bei Sitz im mittleren Lappen und im Wurm finden sich die Störungen auf beiden Seiten.

Mohr (Bielefeld).

---

16) **Chavasse** et **Mahu.** De la ponction lombaire dans les complications endocraniennes des otites.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1903. Nr. 43.)

Unter Zusammenfassung eigener Erfahrungen und auf Grund der erschienenen Literatur erörtern Verff. die Technik der Lumbalpunktion, die Untersuchung der entleerten Flüssigkeit in bezug auf Druck, Bakterien, Lymphocytengehalt usw., ihren diagnostischen und therapeutischen Wert. Sie kommen im allgemeinen zu denselben Schlüssen, die auch in der deutschen Literatur aus der Schwartze-schen Klinik u. a. niedergelegt sind; C. u. M. schätzen den Wert gleichfalls sehr niedrig ein. Dagegen bilde die Lumbalpunktion eine wertvolle Bereicherung der diagnostischen Hilfsmittel, deren wir bei der Erkennung endokranieller Komplikationen bekanntlich noch sehr bedürfen; für die Differentialdiagnose zwischen Abszeß, Sinusthrombose und seröser Meningitis auf der einen, diffuser eitriger auf der anderen Seite sei ihr Ausfall unter Umständen höchst bedeutungsvoll. Selbsredend könne ihr Ergebnis allein keine Richtschnur für das therapeutische Handeln geben und stelle nur eine Beihilfe dar.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

17) **Simmonds.** Über Spondylitis deformans und ankylosierende Spondylitis.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 2.)

Mehr als 300 Fälle von Spondylitis deformans haben S. für seine Arbeit zur Verfügung gestanden; nach seiner Ansicht ist die Erkrankung viel verbreiteter, als man für gewöhnlich anzunehmen bereit ist. Bei Individuen jenseits der 50er Jahre, speziell bei Männern, wird man an den Wirbelkörpern verschieden gestaltete Vorsprünge finden, die immer der Gegend der Bandscheiben entsprechen. S. schließt sich der Ansicht Rokitansky's an, der annimmt, daß die

Bandscheiben gewissermaßen als Puffer wirken sollen. Leidet die Elastizität dieser Puffer aus irgendeinem Grunde Schaden, so wird der Knochen selbst stärkeren traumatischen Einwirkungen ausgesetzt und beginnt zu wuchern. Äußerst mannigfaltig ist nun die Form, welche die Knochenwucherungen annehmen; bald sind es flache, bald plumpe Vorwölbungen, bald schnabelartige Fortsätze von verschiedener Krümmung, bald ganz bizarre Gebilde; mitunter verwachsen auch die Exostosen der benachbarten Wirbel; es entsteht dadurch ein Bild, nach dem — fälschlich — frühere Forscher annahmen, daß es sich um eine Verknöcherung des Lig. longitudinale anticum handelte.

Mit der äußeren Formveränderung geht auch eine Änderung der Struktur der Wirbelkörper vor sich. Der Prozeß beschränkt sich in vielen Fällen nicht nur auf die Wirbelkörper, sondern befällt auch die Gelenke zwischen den Proc. articul. und zwischen Wirbel und Rippen. Wegen dieser Mitbeteiligung der Gelenke kann sich S. nicht der Ansicht Sivén's (auch Eug. Fraenkel, s. d. folg. Ref.) anschließen, der die Beteiligung der kleinen Gelenke an der Ankylosenbildung als Grundlage für eine anatomische Gruppierung verschiedener Krankheitsformen aufstellt. Bandverknöcherungen hat S. niemals bei der Spondylitis deformans gesehen.

In der Ätiologie der Spondylitis deformans ist in erster Linie das höhere Alter zu nennen, ferner Arteriosklerose, Alkoholmißbrauch, Traumen (Residuen nach Blutungen in den Bandscheiben fand S.).

Außer dieser Form der Wirbelsäulenerkrankung, welche zur Versteifung führt, nimmt S. auf Grund der Literaturangaben und zweier eignen Beobachtungen eine weitere Erkrankung an, die in Verknöcherung des Bandapparates mit vollkommener Verknöcherung der in Frage kommenden Gelenke — ankylosierende Spondylitis — vorwiegend durch syndesmogene Synostose besteht.

Über diesen Prozeß sagt S.: »ob die Bandverknöcherung als ein primärer degenerativer Prozeß aufzufassen ist oder ob ein entzündliches Stadium vorausgeht, ist noch nicht sicher zu entscheiden. Manches im klinischen Verlauf scheint für die letztere Auffassung zu sprechen, und weiterhin hat der von Sivén geführte Nachweis entzündlicher Veränderungen an den Gelenkverwachsungen eines solchen Falles auch eine anatomische Stütze für diese Annahme geliefert.«

Seine beiden Fälle erschienen S. für die Entscheidung dieser Frage nicht ausreichend. **H. Wagner** (Breslau).

---

18) **E. Fraenkel.** Über chronisch ankylosierende Wirbelsäulenversteifung.

(Fortschritte aus dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 2.)

Bei der chronisch ankylosierenden Wirbelsäulenversteifung unterschied man bis vor nicht zu langer Zeit zwei Typen, den Typus

nach Bechterew und den nach Pierre Marie-Strümpell. Bei dem Typus Bechterew sollte sich neben der Steifigkeit der Wirbelsäule eine bogenförmige Verkrümmung derselben finden, dabei sollten nervöse Symptome (paretische Zustände der Muskulatur des Rumpfes, Halses, der Extremitäten meist mit geringer Atrophie der Rücken- und Schultermuskulatur verlaufend, Parästhesien besonders der Halsgegend), auftreten. Die Versteifung der Wirbelsäule sollte in den oberen Abschnitten beginnen und einen ausgesprochenen absteigenden Charakter haben. Trauma, Syphilis und Heredität sollten als ätiologische Momente herangezogen werden können. Streng von dieser Form der Erkrankung wurde nach Ansicht der Forscher der Typus nach Marie-Strümpell getrennt; bei dieser Art der Erkrankung sollten die motorischen und sensiblen Erscheinungen fehlen; außer der Versteifung der Wirbelsäule sollte es auch zur Ankylosierung der großen Gelenke, häufiger der Hüft- seltener der Schultergelenke bei Freibleiben anderer, namentlich der kleineren Gelenke kommen, der Prozeß sollte in den unteren Teilen der Wirbelsäule beginnen und aufsteigend fortkriechen. Gegen diese Einteilung der Wirbelsäulenversteifung wurde von verschiedenen Seiten schon Front gemacht, in neuerer Zeit besonders von Magnus Lewy und Anschütz, welche behaupteten, daß eine so scharfe Trennung der beiden Krankheitstypen gar nicht möglich sei, und daß es mindestens Formen von Wirbelsäulenversteifung gäbe, die mit gleichem Recht dem einem wie dem anderen Typus zugerechnet werden könnten.

Der Anschauung schließt sich auch F. auf Grund seiner reichen Erfahrung an; er führt uns vier neue Fälle vor, die genau klinisch beobachtet wurden, und an denen er seine Studien nach eingetretenem Tode fortsetzen konnte. Bei allen vier Fällen kommt man in Verlegenheit, welchem Typus man sie zurechnen soll. Nach F. ist also eine strikte Scheidung in eine Erkrankungsform nach Bechterew oder Marie-Strümpell nicht möglich. Nach seiner Ansicht haben wir einen Prozeß vor uns, der primär die Gelenkverbindungen der Proc. artic. — übrigens vollkommen gesunder — Wirbel befällt und im weiteren Verlauf zur Bildung knöcherner, bald auf die Seitenteile der Wirbelkörper beschränkter, oder dem ganzen Umfang übergreifender, bisweilen auch die Bögen einzelner oder vieler Wirbel, ja auch die Dornfortsätze oder deren Spitzen betreffender Spangen führt. F. erblickt also das Wesentliche des Prozesses in einer zur Ankylosierung der Gelenkverbindungen zwischen den Proc. artic. führenden Erkrankung und faßt die Spangenbildung, an welchen Stellen der Wirbel dieselbe immer auftreten mag, als einen sekundären, auf die mechanische Wirkung veränderter Statik zurückzuführenden Vorgang auf. Gleichzeitig mit der Verknöcherung der Wirbelsäulengelenke tritt auch oft eine Verknöcherung der Gelenkverbindungen zwischen Wirbel und Rippen ein; auch hier handelt es sich nicht um eine primäre Veränderung des Bandapparates, sondern zunächst um eine Zerstörung der Gelenksknorpel.

Das ganze Bild der Wirbelsäulenerkrankung ist nach F. ein nicht so unbekanntes. Der Prozeß ist nach ihm in die wohlcharakterisierten Krankheitsbilder der Arthritis chronica ankylopostica einzuordnen.

Von dieser Erkrankung ist die Spondylitis deformans der Wirbelsäule zu trennen; bei dieser ist vor allen Dingen eine Deformierung der Wirbelkörper vorhanden, während die eigentlichen Gelenkverbindungen der Proc. artic. fast ausnahmslos normal sind. Neben der Deformität der Wirbel finden sich Verwachsungen derselben durch kartilaginäre Exostosen, bandartige, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf die rechte Seite beschränkte von einem auf den anderen Wirbel sich fortsetzenden Knochenbrücken.

Die Fälle von Spondylitis deformans verlaufen klinisch viel langsamer als die von Arthritis ankylopoetica, letztere geben auch quoad functionem eine schlechtere Prognose.

Der Kliniker wird T. für diese pathologische Studie sehr dankbar sein, sie bietet endlich pathologisch-anatomische Grundlagen, auf denen weiter gearbeitet werden kann. **H. Wagner** (Breslau).

---

19) **K. Gerson.** I. Zur Redression von Rückgratsverkrümmungen. II. Massierbank mit Extensionsvorrichtung und Redressionsbügel.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

Behufs Redression des skoliotischen Buckels auf der Massagebank verwendet G. einen leicht anzubringenden »Redressionsbügel« mit einer senkrecht auf den Rückenbuckel wirkenden Pelotte. Durch Verstellung der Pelotte wird eine individuelle Dosierung des auszuübenden Druckes ermöglicht.

In der zweiten Mitteilung beschreibt Verf. eine Kombination von Redression und Extension auf der Massierbank.

J. Riedinger (Würzburg).

---

20) **K. Port.** Gedanken zur Theorie und Behandlung der Skoliose.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

Nach P. läßt sich die habituelle Skoliose ungezwungen erklären als Ermüdungskrankheit, bei welcher keinerlei Knochenerkrankung besteht und die Formveränderung am Skelett nur eine Folge ungleichen Wachstums ist. Die Hauptrolle spielen die Rückenmuskeln, speziell der Erector trunci, welcher die primäre »Drehung« der Skoliose verursacht. Verf. steht auf dem Standpunkte älterer Anschauungen, besonders der bekannten, exklusiven Muskeltheorie Eulenburg's. Er findet, daß diese Theorie durch die Untersuchungen Tilmann's über die Elastizität der Muskeln eine wirklich greifbare Grundlage erhalten habe.

Die Behandlung der Skoliose, die nur bei wachsenden Individuen Erfolg verspricht, muß also nach P. hauptsächlich bei der Muskulatur einsetzen, wenn sie das Übel an der Wurzel fassen will. Alle Behandlungsarten, welche sich hauptsächlich oder ausschließlich gegen die statischen Verhältnisse richten, können nur vorübergehenden Erfolg haben. Verf. beschreibt einen einfachen portativen Apparat, der Extension und Turnen in extendierter Stellung ermöglicht. Es ist besonders darauf abgesehen, die konvexseitige, geschwächte und gedehnte Muskulatur zu kräftigen. Der Apparat besteht aus einem Beckenteil und einem Kopfteil. Zwischen beiden Teilen wird die Extension mittels Schrauben bewerkstelligt. Ein gewisser Grad von Bewegungen bleibt für die gymnastischen Übungen frei. In manchen Fällen verwendet P. ein Korset, welches nur die Lendenwirbelsäule streckt. Das Wesentliche ist stets Übung in korrigierter Stellung. Erst in zweiter Linie und nur der Muskulatur zu Liebe wird auf die mechanische Ausgleichung der Deformität Bedacht genommen. Heilung ist lediglich von der Gesundung der Muskulatur zu erwarten.

J. Riedinger (Würzburg).

---

21) **Lubinus.** Gummiluftpelotten zur Behandlung der schweren Skoliose und der Kyphose.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

Zur Redression des Buckels im Gipsverband benutzt Verf. keine starren Pelotten mehr, sondern elastische Gummipelotten, welche nach Anlegung des Verbandes von außen her durch ein Ventil aufgeblasen werden können. Gegenüber den Bade'schen Pelotten haben sie den Vorteil, daß die Luft nicht so schnell entweicht. Die Vorzüge der Pelotten sind folgende: 1) Dekubitus entsteht sehr viel schwerer. 2) Der Pelottendruck braucht nicht während der Extension stattzufinden. 3) Eine Kopfstütze ist nur bei schwersten Fällen nötig. 4) Die Pelotte ist auch bei Leder-, Filz- und Zelluloidkorsetts anwendbar. 5) Von Woche zu Woche kann die detorquierende Gewalt gesteigert werden. Auch für die Redression des Pott'schen Buckels finden die Pelotten Anwendung. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

22) **L. Kingsford.** Tuberculosis of the tonsils in children.

(Lancet 1904. Januar 9.)

Verf. untersuchte die bei der Sektion herausgeschnittenen Mandeln von 17 Kindern, die im Alter von 4 Monaten bis 9 Jahren meist an Tuberkulose gestorben waren und alle eine Anschwellung der cervikalen Drüsen aufwiesen. Er findet darunter bloß einen Fall, der mit einiger Sicherheit auf eine von den Mandeln ausgehende Tuberkulose spricht. Verf. hebt folgende Punkte seiner auch die wichtigsten Arbeiten der Literatur berücksichtigenden Abhandlung hervor: 1) in Fällen, bei denen noch anderweitige Tuber-

kulose im Körper besteht, ist Tonsillartuberkulose ziemlich häufig, wenn auch gewöhnlich latent; 2) Tonsillartuberkulose kann primär und als einzige Tuberkulose im Körper vorkommen, doch ist dieses selten der Fall; 3) der gewöhnliche Weg ihrer Entstehung ist bei Kindern hämatogen, von einem anderweitigen Herde aus; 4) die Infektion der Tonsillen mit Tuberkulose kann auch bei Kindern durch das Sputum erfolgen; 5) wenn die Tonsillen tuberkulös sind, werden auch die regionären Lymphdrüsen affiziert; 6) bei einigen wahrscheinlich auf dem Wege durch die Tonsillen infizierten Fällen waren die regionären cervikalen Lymphdrüsen tuberkulös, die Tonsillen selbst ganz gesund.

H. Ebbinghaus (Paris).

---

23) **W. Freudenthal.** Lungentuberkulose und Erkrankungen der Nase und des Rachens.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1903. Bd. II. p. 51.)

Verf. weist darauf hin, daß trockene Katarrhe der Nase und des Rachens, die meist ihren Grund in zu trockener Luft der Wohnräume haben, eine Entwicklung von Tuberkelbazillen im zähen Schleim des Nasenrachenraumes begünstigen. Ohne nähere Belege dafür beizubringen, hält er es für möglich, daß die Tuberkelbazillen hier schließlich die Schleimhaut passieren und den Körper infizieren können. F. wird in dieser Ansicht bestärkt durch die große Zahl von Erkrankungen der oberen Luftwege bei Phthisikern. Das Material ist in Tabellen zusammengestellt.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

24) **J. Dennor** et **A. van Lint.** Le sérum antithyroïdien et son mode d'action.

(Mém. couronnés et autres mém. publiés par l'acad. roy. de méd. de Belgique Tome XVIII. Fasc. 3 et 4. Bruxelles 1903.)

D. experimentierte in der Weise, daß er Meerschweinchen, seltener Tauben und Kaninchen Emulsionen frischer Hundeschilddrüse einverleibte und nach einiger Zeit die Einwirkung des Serums dieser so behandelten Tiere auf den Hundeorganismus prüfte. Es gelang auf diese Weise, in der Mehrzahl der Fälle die Erscheinungen des Schilddrüsenausfalles zu erzeugen und den Tod der Tiere herbeizuführen. Die histologische Untersuchung der Schilddrüse dieser Tiere ergab zweierlei Veränderungen: Bei vielen Hunden zeigte die Schilddrüse ausgedehnte Degenerationserscheinungen, welche das Krankheitsbild durch Aufhebung der Schilddrüsenfunktion ohne weiteres erklärten, bei einer zweiten Gruppe von Tieren fanden sich dagegen trotz der gleichen Symptome Zeichen einer gesteigerten Schilddrüsenfunktion, ähnlich wie nach Resektion der Schilddrüse in dem erhalten gebliebenen Stück. Verf. nimmt an, daß hier ein in dem Meerschweinchenblut gebildeter toxischer Körper vergiftend auf den allgemeinen Stoffwechsel eingewirkt hat, indem er die für

den Organismus unentbehrlichen Produkte der Schilddrüsensekretion in den Geweben selbst angriff und vernichtete. Durch Behandlung der Meerschweinchen mit Jodothyrin gelang es nicht, ähnliche cytolytische Wirkungen des Serums zu erzeugen.

M. v. Brunn (Tübingen).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Kopenhagener St. Joseph-Hospital. Oberchirurg Jens Schou.)

Beschreibung eines zur Luftaufsammlung bei der Pneumaturie hergestellten Glasballons samt einem ferneren Vorschlage zur Vermeidung von Lufteintritt bei intravenösen Infusionen usw.

Von

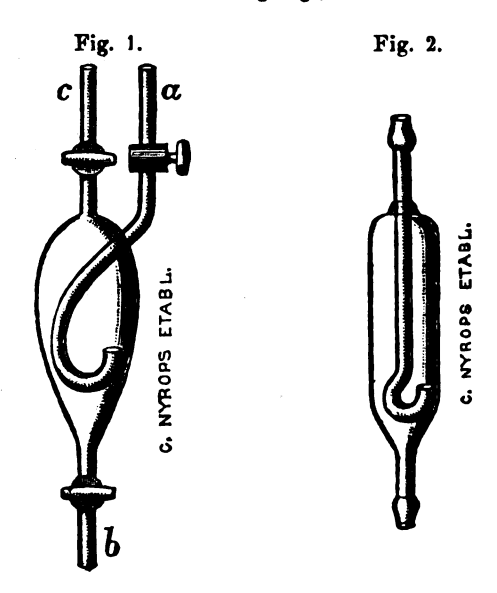
Dr. Ejnar Nyrop.

Während wir im Hospitale Versuche anstellten, die Ursachen eines in der chirurgischen Abteilung behandelten Falles von Pneumaturie ausfindig zu machen, konstruierte ich zur Aufsammlung der Luft den in Fig. 1 dargestellten Glasballon. Derselbe besteht außer dem Ballon selbst aus der mit einem Dreiweghahn versehenen Zuleitungsröhre *a*, welche, nachdem sie eine Umbiegung erfahren hat, in den Boden des Ballons mündet, und aus zwei Ableitungsröhren *b* und *c*, welche beide mit einfachen Glashähnen versehen sind. Beim Gebrauche des Apparates verfährt man auf folgende Weise: Der Ballon wird ausgekocht und die Röhre *a* wird mittels eines Kautschukschlauches und einer kleinen Glasröhre mit einem eingeführten Nélaton'schen Katheter in Verbindung gesetzt. Der Hahn an der Röhre *b* wird geschlossen, während die Hähne der beiden anderen Röhren in Relation zum Ballon geöffnet werden. Der Urin fließt nun in den Ballon hinein, indem er die atmosphärische Luft durch die Röhre *c* vor sich her austreibt. Wenn sämtliche Luft ausgetrieben ist, schließt man den Hahn an der Röhre *c*, während man den der Röhre *b* öffnet. Der Urin strömt alsdann durch den Behälter und die Luftblasen aus der Harnblase sammeln sich nach und nach im oberen Teile desselben an. Werden nun sämtliche Hähne geschlossen, so hat man im Behälter die Luft plus dem Urin, und da derselbe schon voraus in der Harnblase mit der Luft gesättigt worden ist, so wird die Flüssigkeit sich im Behälter unverändert halten. Auf diese Weise haben wir Tag für Tag für die Analyse die Luft gesammelt. Durch den Dreiweghahn an der Röhre *a* wird es möglich, daß man an einem folgenden Tage den Urin durch den Ballon leiten kann, ohne das derselbe mit atmosphärischer Luft gemischt wird; man läßt alsdann zuerst den Urin durch den Hahn ins Freie strömen, worauf man dann den Hahn nach dem Behälter hin öffnet.

Auf den Gedanken, daß dieser Ballon auch zur Verhinderung des Lufteintritts bei intravenösen Infusionen usw. in Anwendung gebracht werden könnte, bin ich dadurch gekommen, daß Herr Sekundärchirurg Dr. Ernst meine Aufmerksamkeit auf die von Dr. Paul Herz gelieferte Besprechung der von Herrn Oberarzt Dr. Habs in Nr. 46 (1902) dieses Blattes beschriebene Glasröhre hinlenkte. In einem größeren Hospitale, wo zuverlässige Assistenz vorhanden ist, wird — wie ich mich durch Versuche überzeugt habe — diese Röhre zweifellos vortrefflichen Dienst leisten, wenn die Röhre nur ganz aufrecht gehalten ist, als eine Abweichung auf nur 30° sie illusorisch macht, und wenn der Strom nicht zu stark ist. Im täglichen Leben aber, wo man häufig ganz allein dasteht, leidet

nach meiner Meinung der Apparat an zwei bedeutenden Mängeln: Erstlich erfordert sein Gebrauch notwendig die Beihilfe eines Assistenten, und zweitens wird, wenn der Assistent sich einer kleinen Unachtsamkeit schuldig macht, der Gebrauch des Apparates sehr üble Folgen nach sich ziehen können, wenn nämlich auf einmal eine angesammelte Luftmenge weiterschlüpft.

Um einen Apparat herzustellen, bei welchem diese Mängel möglicherweise vermieden würden, änderte ich meinen Ballon ein wenig und gab ihm die in Fig. 2 dargestellte Gestalt. Die Röhre *c* und die Hähne sind hier weggelassen und die Röhre *a* hat den Platz der Röhre *c* eingenommen. Der Ballon wird an irgend einer Stelle des Kautschukschlauches eingefügt, und er füllt sich, wenn man das



untere Ende der Röhre so weit in die Höhe führt, daß es am höchsten zu liegen kommt. Wenn dies geschehen ist, kann man die Röhre ganz frei herabhängen lassen und bedarf keinerlei Assistenz. Versuche, bei welchen wir die untere Röhre unter Wasser liegen ließen, zeigten, daß der Apparat sämtliche Luftblasen aufsammelt, selbst wenn die Flüssigkeit mit bedeutender Schnelligkeit herausfließt. Der Apparat ist außerdem leicht zu füllen, ist solide und beansprucht nur einen geringen Raum.

Der Apparat wird vermeintlich bei Transfusionen, bei intravenösen Ausspülungen und Gelenkausspülungen Anwendung finden können, außerdem vielleicht um beizeiten anzuzeigen, daß der Irrigator leer ist.

---

25) **Djakonoff.** Leistungen der chirurgischen Hospitalklinik. Bd. II. Übersicht über die Lehrtätigkeit an der kaiserlichen chirurgischen Universitätsklinik zu Moskau vom Oktober 1901 bis Mai 1903. Zusammengestellt von Napalkoff.

Moskau, **A. Löwenson,** 1903. 662 S. mit 45 Abbildungen im Text. (Russisch.)

Der Hauptinhalt des Werkes besteht in wörtlicher Wiedergabe von 779 Krankengeschichten; den Beschluß bildet eine Reihe Tabellen über das Krankenmaterial und die ausgeführten Operationen. Die über 100 Seiten lange Einleitung beschreibt bis auf die kleinsten Einzelheiten die Einrichtung der keineswegs großen, aber mit allen Anforderungen der Neuzeit ausgestatteten Klinik.

Die Lehrtätigkeitszeit erhält besondere Bedeutung durch den Umstand, daß zu jeder Operation, jedem Verbandwechsel ein Student aktiv herangezogen wird.

Die Krankengeschichten werden auf unzähligen vorgedruckten Blättern und Blättchen geführt, gewiß oft nicht zum Vorteil einer knappen, den Kernpunkt der Sache und lediglich wichtige Nebenumstände berücksichtigenden Führung der Krankenblätter. Antisepsis wird nach Möglichkeit ausgeschlossen, die Asepsis äußerst streng gehandhabt (zweimaliges Plombieren der Verbandstoffkästen durch einen Assistenten).

Die wissenschaftliche Ausbeute ist reichlich. Nachahmenswert ist die, meines Wissens in fast allen größeren Hospitälern eingeführte Einrichtung der Konferenz aller Klinikärzte. Alle 2 Wochen versammeln sich die Assistenten unter dem Vorsitz des Direktors und besprechen administrative und wissenschaftliche Fragen, wobei stimmliche Gleichberechtigung das Interesse der 16 beteiligten Ärzte erhöht. Im letzten Jahre kamen auf diesen Konferenzen 33 Vorträge zur Diskussion, das Resultat waren 54 Veröffentlichungen.

Die tabellarischen Daten entbehren eines allgemeinen Interesses.

Oettingen (Steglitz).

26) **M. Stooss.** Barlow'sche Krankheit.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903. Nr. 15.)

Von den fünf berichteten Fällen von Barlow'scher Krankheit sind zwei ausschließlich mit Gärtner'scher Fettmilch, zwei wegen Diarrhöen lange Zeit mit stark verdünnter Milch und Kindermehlen behandelt. Eines der Kinder kam zur Sektion und ergab an den Extremitätenknochen das Bild der Ziegler'schen Osteotabes infantum mit lymphoidem Knochenmark, periostalen Blutungen, Lösungen der Knorpelknochengrenzen. Nur in einem der Fälle wurde Rachitis geringen Grades festgestellt. Die Rinde der Knochen war verdünnt, die spongiöse Substanz aufgelockert, weitmaschig, mit gewuchertem Mark erfüllt.

S. spricht sich gegen die ätiologische Verwandtschaft der Barlow'schen Krankheit mit Rachitis aus, dagegen hält er dieselbe für identisch mit dem Skorbut der Erwachsenen, wofür er Beläge aus der älteren Literatur beibringt. Als Ursache der Krankheit sieht er nicht ein einzelnes Moment (Sterilisieren der Nahrung, Einseitigkeit derselben), sondern eine Reihe von Fehlern in der Ernährungsweise an, und er hofft, daß dieser »Skorbut der kleinen Kinder« wieder verschwinden wird, wenn man in der Säuglingsernährung wieder von den Künsteleien zu dem Einfachen zurückgekehrt sein wird.

S. hebt hervor, daß dem Chirurgen, dem die Barlow'sche Krankheit nicht öfter begegnet ist, diagnostische Irrtümer leicht passieren können und er betont, daß aus der Schweiz vor ihm erst vier Fälle dieser Krankheit veröffentlicht sind. Differentialdiagnostisch kämen Sarkom, akute Osteomyelitis, akuter Gelenkrheumatismus und Parrot'sche Paralyse in Betracht.

Ref. möchte dazu noch die im Alter von 2 Jahren zwar seltene Koxitis rechnen im Hinblick auf folgende eigene Erfahrung. Am 31. Mai 1900 wurde ich in Breslau wegen eines 2½jährigen Kindes konsultiert, das soeben aus einem Krankenhause in die elterliche Wohnung zurückgeholt worden war, weil es nach Ansicht der Mutter dort zusehends schwächer wurde. Es war 5 Wochen zuvor, nachdem es schon recht gut laufen gelernt hatte, schwächer in den Beinen geworden und hatte über Schmerzen im linken Knie und Hüftgelenk geklagt. Vor 4 Wochen hatte man es ins Krankenhaus gebracht und ihm dort einen Streckverband angelegt, zuerst an dem einen Beine, dann an dem anderen, weil das Kind später an letzterem über Schmerzen klagte. Ich fand ein überaus blasses Kind, indes ohne Spuren von Rachitis. Im ganzen sehr elend, weinte es Tag und Nacht und war überaus ängstlich, sowie man es nur zu berühren sich anschickte. Ich wurde hinzugezogen, weil an dem linken Unterschenkel und Knie in den letzten 2 Tagen eine rasch zunehmende Anschwellung sich zeigte. Ich fand eine starke, aber nicht heiß anzufühlende fluktuierende Schwellung des Unterschenkels, vornehmlich um die Schienbeinkante, wo die Haut spiegelnd glatt war, wie bei ganz prall gefüllten

Abszessen. Die Schwellung hatte im ganzen eine blauschwärzliche Färbung. Das Kind hatte kein Fieber. Jede Berührung, jede Bewegung im Knie oder Fußgelenk war sehr schmerzhaft. Bei der Probepunktion fühlte ich mit der Kanülenspitze deutlich rauhen Knochen. Ich entleerte eine volle Spritze anscheinend dicken Blutes, das sich mikroskopisch als reines Blut darstellte. Die bald darauf vorgenommene Inzision ergab, daß sich aus einer mächtigen Höhle große Mengen Cruor entleerten, geronnenes und flüssiges dunkles Blut, in dem einige Fettropfen schwammen uud daneben zahlreiche kleine Knochenspangen, der Form nach von der Oberfläche der Tibia abgestoßen. Solche hafteten zum Teil auch der Innenwand der Wundhöhle an, das ist dem Periostsack. Der tastende Finger fühlte, daß die ganze Tibiadiaphyse locker in dem Periostschlauch darin lag, ähnlich wie man es bei seltenen Fällen von Osteomyelitis beobachtet. Der sichtbar gemachte Knochen ließ eine totale Nekrose des ganzen Tibiaschaftes annehmen. Die Entfernung durch die etwas erweiterte Inzisionswunde schien geboten. (Der Knochen ist im Besitz des Herrn Prof. Henke-Breslau.) Das Kind überstand den an sich kleinen operativen Eingriff ohne Narkose gut, blieb fieberfrei, vertrug aber keinerlei Nahrung und ging am 6. Juni 1900 an Entkräftung zugrunde. Sektion nicht möglich. — Auf die Diagnose Barlow'sche Krankheit kam ich erst, als ich nach der Operation über das überraschende Ergebnis nachdachte, die bakteriologische Untersuchung des Entleerten ein absolut negatives Resultat ergab und ich mich in der Literatur umsah. Mir ist bis heute ein zweiter Fall von Barlowscher Krankheit nicht vorgekommen. Ich bemerke noch, daß dieses Kind, welches gut entwickelte Zähne hatte, eine typische Gingivitis nicht darbot. Es war mit vieler Sorgfalt von der Mutter gepflegt worden in einem gesunden Hause, aber freilich im letzten Jahre mit allerhand künstlichen Nährmitteln aufgezogen worden, weil es leicht zu Diarrhöen neigte. **P. Stolper** (Göttingen).

27) Vidal. Sur quelques cas de blessures par coups de feu observées dans le Sud-Oranais de 1900 à 1903.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1903. September.)

Im Hospital d'Aïn-Séfra kamen während des Marokkanischen Feldzuges 38 Schußverletzungen zur Beobachtung, welche in dem Berichte einzeln näher erläutert werden. In den meisten Gefechten war die Zahl der Toten ebenso hoch, wenn nicht höher als die der Verwundeten. Diese hohe Prozentzahl der Toten ist dadurch bedingt, daß infolge der Kampfesart der Eingeborenen (plötzliche Überfälle) häufig ein Kampf Mann gegen Mann stattfand. Die Eingeborenen waren mit Schußwaffen aller Art versehen; einige kleinkalibrige Gewehre, meistens aber großkalibrige mit wenig Durchschlagskraft wurden angetroffen. Daher kam es auch, daß die Geschosse häufig in der Wunde steckten und sich deformierten. Eine weitere Folge der großkalibrigen Weichbleigeschosse war, daß die Wunden größer wie bei den modernen Geschossen waren, daß in sie häufig Kleiderfetzen mit hineingerissen wurden, und daß es infolgedessen zur Eiterung kam. Auch die durch die großkalibrigen Geschosse hervorgebrachten Knochenverletzungen zeigten zahlreiche und recht große Knochensplitter sowohl an den langen Röhren- wie auch an den platten spongiösen Knochen. Von den 38 Schußverletzungen saßen 15 über einer durch den Nabel gezogenen Linie, 23 darunter; 21mal waren die unteren Gliedmaßen getroffen. Bezüglich der Behandlung wurde möglichst konservativ verfahren. Amputationen waren nicht notwendig.

Herhold (Altona).

28) R. Hahn. Ein kasuistischer Beitrag zur Behandlung bösartiger Neubildungen mit Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 2.)

H. kommt auf Grund der Erfahrungen, die er bei der Behandlung von vier Brustkrebsrezidiven, einem Magenkrebsrezidiv, einem Karzinom der Schilddrüse, einem Ösophaguskarzinom, drei Hautkarzinomen, einem Hautsarkom mit Röntgen-

strahlen gemacht hat, zu folgendem Resultat. In allen Fällen, in denen Schmerzen bestanden, wurden diese durch die Röntgenbestrahlung beseitigt. Im übrigen sind aber die Resultate keineswegs so glänzend als die anderen Autoren berichten konnten; denn in keinem Falle von Mammakarzinom konnte H. ein Zurückgehen der bestehenden Knoten konstatieren. In zwei Fällen von Hautkarzinom war eine durchaus einwandfreie Einwirkung zum Besseren zu sehen, ohne daß es jedoch zur definitiven Heilung kam. Am eklatantesten war noch der sichtbare Erfolg beim Sarkom der Haut, freilich nur dort, wo gerade bestrahlt wurde. In den nicht bestrahlten benachbarten Partien entstanden dagegen neue Sarkomherde.

»Nach alledem läßt sich also in einzelnen Fällen eine Einwirkung der Röntgenstrahlen auf bösartige Neubildungen in der Tat nicht abstreiten. Doch scheint die Wirkung nur dann einzutreten, wenn die Erkrankung in der Haut selbst liegt. Im Innern des Körpers dagegen ist irgend eine Wirkung nicht zu erwarten. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen wird zu reservieren sein für solche Fälle, in denen der Chirurg die Inoperabilität erklärt hat; sie wird freilich Erfolg nur dann haben, wenn die Neubildung nur in der Haut selbst liegt.«

H. Wagner (Breslau).

29) **Nimier.** Coup de feu de la region rolandique gauche avec hernie cérébrale; aphasie, hemicontracture droite; extraction d'esquilles et rééducation motrice. Chauvel rapporteur.

(Bull. de l'acad. de méd. 67. ann. 3. ser. Nr. 29.)

Der Schuß war auf 3 m abgegeben, hatte ein Stück vom linken Seitenwandbein fortgenommen; Gehirnmasse war vorgefallen und Knochensplitter in die Tiefe getrieben. Die Gehirnverletzung hatte Aphasie und Kontrakturen der rechten Körperhälfte zur Folge. Etwa 9 Monate später konnte N. aus einer Art seröser Cyste unter der Narbe noch zwei größere Splitter entfernen. Von Interesse an der Beobachtung ist die Fähigkeit des Organismus, große Verluste an Gehirnsubstanz zu überstehen; die Ausstoßung von Knochensplittern aus der Tiefe der Gehirnmasse und ihre Umkleidung mit serösen Hohlräumen. Durch systematische Sprechübungen wurde die Aphasie beseitigt; auch die Kontrakturen sind in beständigem Rückgang unter passiver Bearbeitung der Gelenke.

Christel (Metz).

30) **G. Bartha et A. Onodi.** Cancer primitif du sinus frontal.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1903. Nr. 45.)

Ein primär von der Schleimhaut der Stirnhöhle ausgehendes Karzinom ist bisher nicht veröffentlicht worden. Verff. glauben zum erstenmal ein solches beobachtet zu haben. Wenn auch ein Sektionsbefund fehlt, so erscheint doch nach dem Verlauf und dem Operationsbefund der Fall ziemlich einwandsfrei. Die Verbreiterung der Nasenwurzel, die Vorwölbung im inneren Augenwinkel, die Abweichung des Bulbus nach außen, das leichte Vorspringen der Stirngegend, die Dunkelheit des Sinus frontalis, die ebenda lokalisierten Schmerzen führten zu der Diagnose einer Geschwulst. Bei der Operation reichte tatsächlich die Zerstörung bis an die Frontallappen sowie das periorbitale Bindegewebe; allem Anschein nach war die Geschwulst im linken Sinus entstanden, von wo sie zunächst auf den rechten und das Siebbein sich ausgebreitet hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen Zylinderepithelkrebs. Nach 2 Monaten zeigte sich ein Rezidiv im oberen Teile der linken Nase; eine abermalige Operation wurde verweigert.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

31) **P. Jaques et J. Molly.** Des accidents mortels post-opératoires dans la sinusite frontale.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1903. Nr. 31.)

Nach 10tägiger konservativer Behandlung eines Stirnhöhlenempyems, bei dem übrigens die Durchleuchtung ein positives Resultat ergeben, wird die breite Er-

öffnung nach Kuhnt ausgeführt; nach partieller Resektion der vorderen Siebbeinzellen wird ein Gazestreifen durch die Nase geführt und die Wunde geschlossen. Meningitische Symptome veranlassen nach 48 Stunden eine Nachoperation; durch Entfernung der abnorm zarten, hinteren Wand wird die Dura freigelegt und gespalten. Da ihr Aussehen keinen Anlaß bietet und jeder Anhaltspunkt für einen Abszeß fehlt, sieht man von einer Punktion oder Spaltung des Hirns ab und hält die Wunde breit offen. Trotzdem Tod. Die Autopsie ergibt eine diffuse Konvexitätsmeningitis. Verff. erörtern, inwieweit man imstande sei, derartig unglückliche Ausgänge zu vermeiden; lehre doch der Verlauf obigen Falles, daß die Infektion der Meningen wahrscheinlich unmittelbar nach der Operation erfolgt sei. Abgesehen von der jeweiligen Virulenz der Krankheitserreger kommen die anatomischen Verhältnisse, speziell die Stärke der hinteren Wand in Betracht und wird, wie im vorliegenden Falle, bei abnorm zarten Wänden die Infektion der Hirnhäute viel leichter möglich sein. Auf alle Fälle empfehle sich nach Auskratzung der Höhle eine sorgfältige Desinfektion mit 10%iger Chlorzinklösung (im vorliegenden Falle war dieselbe unterblieben), ja bei abnorm ausgedehnten und von dünnen Wänden begrenzten Höhlen sei es vielleicht ratsamer, sich mit einer breiten Eröffnung nebst partieller Siebbeinresektion zu begnügen und die Schleimhaut unberührt zu lassen. Auf diese Weise vermeide man am ehesten die Verschleppung von Infektionskeimen durch die Gefäßkanäle der Wände, insbesondere der hinteren. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

32) Gaucher, Gaston et Weill. Épithélioma nasal; cancer colloïde de l'estomac avec metastases viscérales et miliaire peritoneale colloïde.

(Ann. de dermat. et de syph. 1903. p. 614.)

Genaue Beschreibung eines Falles, bei welchem zwei Geschwulstarten ohne jeden Zusammenhang aufgetreten sind. **Klingmüller** (Breslau).

33) Löwy. Die in der kgl. chirurg. Klinik zu Breslau in den Jahren 1891 bis April 1901 behandelten Fälle von Hasenscharte.

Inaug.-Diss., Breslau, 1903.

L. bringt die statistische Verarbeitung von 122 in der Klinik v. Mikulicz behandelten einfachen und mit Gaumenspalten komplizierten Hasenscharten. In der Regel wird in Chloroformnarkose operiert, nur selten unter einem Lebensalter von 3 Monaten. Bevorzugt wird die Mirault-Langenbeck'sche Plastik, der, wenn nötig, die Reposition des prominenten Zwischenkiefers durch Druck oder nach Blandin (Keilexzision des Vomer), neuerdings nach v. Bardeleben (subperiostale Inzision) als getrennter Eingriff vorhergeht. Naht mit Silber, nur im Lippenrot mit Seide oder Catgut. Zur Fixierung gleich nach der Anfrischung dient eine Karlsbader Nadel, die gewöhnlich 24 Stunden liegen bleibt. Die Wunde wird mit Jodoformpulver oder -brei bedeckt oder ganz offen gelassen.

Über das Verhalten der operativ zurückgelagerten Ossa incisiva bei der Nachuntersuchung gibt die Arbeit keine Auskunft. **Gutzeit** (Neidenburg).

34) L. S. Hinsburg. Die temporäre Resektion des harten Gaumens mit den Alveolarfortsätzen (Partsch's Operation) zur Entfernung eines Tumors des Nasen-Rachenraumes.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 49.)

Partsch's temporäre Resektion des unteren Teiles der Oberkiefer scheint von H. in Rußland zum erstenmal ausgeführt worden zu sein. Er entfernte auf diese Art ein Rundzellensarkom bei einer 55 Jahre alten Frau. Blutung sehr gering, gute Heilung. Er empfiehlt die Operation als leicht und keine Verunstaltung hinterlassend. **Gückel** (Kondal, Saratow).

35) Papon. Un cas de langue villeuse rapidement guérie par l'eau oxygénée.

(Arch. de méd. et de pharmacie militaires 1903. Dezember.)

Die sogenannte schwarze Zunge Raynaud's besteht in einer Entwicklung von feinen Härchen auf dem vor den Papillae circumvallatae gelegenen Teile der Zunge. Sie ist die Folge einer hypertrophischen Keratose der Papillen, welche ihrerseits wieder basillären Ursprunges ist. Durch 3—4mal am Tage ausgeführte Abwaschungen der Zunge mit einem in 10volumprozentige Wasserstoffsuperoxydlösung getauchten Tampon gelang es P., in einem derartigen Falle innerhalb 8 Tagen eine völlige Heilung durch Beseitigung der Haare herbeizuführen.

Herhold (Altona).

36) Wood. Tuberculosis of the parotid and the possibility of infection through the tonsils.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1903. Dezember.)

Die Erkrankung begann mit einer sehr allmählichen Vergrößerung des hinteren Teiles der Submaxillardrüse. Bei der Exstirpation derselben zeigte sich eine harte Masse, welche nach der Parotis zu und in dieselbe sich fortsetzte und nur unvollkommen entfernt wurde. Im weiteren Verlauf Anschwellung und Verhärtung des Parotisrestes. Mikroskopisch: typischer Tuberkel im Parotisgewebe.

Verf. fand in der Literatur der letzten Jahre 9 Fälle von Parotistuberkulose. Die Infektion war bei 3 Kranken anscheinend auf dem Wege des Ductus Stenonianus erfolgt, je einmal durch direkte Ausbreitung von einer benachbarten Lymphdrüse aus und auf der Blutbahn; in den übrigen Fällen blieb der Ursprung der Infektion dunkel. In W.'s Falle wurde primär die Submaxillaris infiziert, und zwar wahrscheinlich von den Tonsillen aus.

Von 1354 Literaturfällen, in denen Gaumen- oder Rachenmandeln auf Tuberkulose untersucht wurden, erwiesen sich 73 als erkrankt. Verf. selbst fand unter 50 mikroskopisch untersuchten Mandeln zwei tuberkulös erkrankt. Sekundär erkranken die Mandeln bei Tuberkulose anderer Organe in 65% der Fälle, zumal bei Lungentuberkulose. Bei Tuberkulose der Halslymphdrüsen kommt die Infektion wohl fast immer durch die Gaumen- oder Rachenmandeln zustande.

Mohr (Bielefeld).

37) Cassanello (Pisa). Malattia cistica della parotide.

(Festschrift für E. Bottini. Palermo 1903.)

Der vom Verf. mitgeteilte Fall scheint in der Literatur bis jetzt noch ein Unikum darzustellen. Er betraf einen 22jährigen, sonst gesunden und kräftigen Mann, welcher eine seit 3 Jahren langsam bis zu Hühnereigröße wachsende Geschwulst der rechtsseitigen Parotis aufwies; Schmerzen waren nur anfangs in geringem Maße vorhanden, besondere ätiologische Momente fehlten. Die Exstirpation ergab eine höckrige, von zahlreichen kleinsten bis größeren Cysten durchsetzte Geschwulst, welche schleimige Massen enthielten. Die Zwischensubstanz bestand aus sklerosiertem Bindegewebe mit stellenweiser kleinzelliger Infiltration und Bildung fibröser Knoten. Verf. vergleicht seinen Fall mit ähnlichen Affektionen anderer Drüsen, besonders mit der sogenannten Mastitis chronica cystica. (Eine Analogie mit dem »entzündlichen Tumor« der Speicheldrüsen nach Küttner erwähnt Verf. nicht. Ref.)

A. Most (Breslau).

38) Schwartz. Luxation récidivante du maxillaire inférieure; fracture du condyle d'un côté; constriction de la mâchoire; ostéotomie du col du condyle unilatérale; interposition d'un fil d'argent; retour des mouvements.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 6.)

Zur Vervollständigung der im Titel skizzierten Krankengeschichte sei hinzugefügt, daß es sich um einen 28jährigen Stallknecht handelte, welcher vor 6 Jahren

durch einen Hufschlag eine doppelseitige Otorrhagie, rechtsseitige Taubheit und rechtsseitige Verrenkung und Bruch des Gelenkfortsatzes erlitten hatte. Einrenkung in Narkose. In den letzten 4 Jahren noch siebenmal Ausrenkungen, zum Teil bei ganz geringfügigen Veranlassungen, Gähnen, Kaubewegungen; dauernde Verschiebung des Unterkieferbogens hinter die Oberkieferzahnreihe, obwohl der Unterkiefer sich immer nach vorn verrenkte. Die Einrichtungen waren nur unter Narkose möglich, nach der letzten (achten) tritt ein akuter Entzündungszustand auf mit zunehmender Kontraktur, weswegen die blutige Operation nötig wurde. Der zwischengeschobene Silberdraht wird bereits nach 8 Tagen entfernt. Nach 2 Monaten besteht noch ein sehr befriedigender Erfolg.

Herm. Frank (Berlin).

39) **C. Blauel.** Beitrag zu den extrakraniellen Aneurysmen der Carotis interna.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 3.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles von kindskopfgroßem Aneurysma spurium der linken Halsseite einer 58jährigen Frau, entstanden durch Platzen eines seit 10 Jahren bestehenden, hühnereigroßen Aneurysma verum der Carotis interna. Während die Beschwerden vor dem Platzen der Hauptsache nach in leichten Störungen des Schlingens bestanden, wurden diese nach dem Ereignis ganz bedeutend stärker, es traten linksseitige heftige Occipitalneuralgien, Lähmung des linken Recurrens, Hypoglossus, Sympathicus und eine leichte Facialisparese hinzu. 6 Tage nach der zweiten Gelatineinjektion plötzlich schwerer Erstickungsanfall. Tracheotomia inf. im Bett, im Anschluß daran doppelte Unterbindung der C. com., 4 Wochen später partielle Exstirpation des Aneurysmasackes. Heilung.

Müller (Dresden).

40) **Ottendorff.** Ein Beitrag zur Tierskoliose.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XI. Hft. 4.)

Auf Veranlassung von Prof. Vulpius bringt Verf. die Beschreibung und Abbildung von elf, von Prof. Rievel an der Tierarzneischule in Hannover zur Verfügung gestellten Wirbelsäulen und Wirbelsäulensegmenten skoliotischer Tiere, und zwar vom Pferde, Rinde, Kalbe, Schweine und von einigen nicht näher bestimmbaren Zweihufern. Die Veränderungen sind zum Teil denen beim Menschen analog, weichen aber auch in einzelnen Punkten von denselben ab. Meist handelte es sich um scharfe Abbiegungen, teils kongenitalen, teils unbekannten entzündlichen, beim Schweine vielleicht auch rachitischen Ursprungs.

J. Riedinger (Würzburg).

41) **K. Vogel.** Ein Fall von angeborener Skoliose, zugleich mit angeborener Hüftluxation.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

Die Kombination wurde beobachtet bei einem Mädchen, das im Alter von 1¼ Jahre wegen linksseitiger angeborener Hüftverrenkung in die Behandlung Schede's trat und von letzterem Leiden befreit wurde. Die Wirbelsäule zeigte etwa in ihrer Mitte eine Knickung nach rechts. Ätiologisch werden intra-uterine Belastungsstörungen für beide Abnormitäten angenommen.

J. Riedinger (Würzburg).

42) **Lermoyez.** Corps étranger dans les vois aériennes.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 148.)

Ein Tapezierer inspirierte bei der Arbeit einen Nagel, dessen Sitz radiographisch genau zu bestimmen war. Mit Hilfe eines durch Bronchoskopie geleiteten Elektromagneten wurde der Nagel entfernt. Der Mann blieb gesund.

V. E. Mertens (Breslau).

43) G. Dupond. Sur un cas d'ozène trachéal à forme asphyxique.
(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1903. Nr. 39.)

Trotz der großen Literatur über Ozaena von Nase und Rachen ist über ihr Auftreten in der Luftröhre auffallend wenig berichtet worden. Verf. glaubt, daß nicht genügend darauf geachtet werde, und daß die Fälle, bei denen sich so auffällige Symptome, wie im vorliegenden, bemerkbar machen, nicht gerade häufig sind. Bei einem Neger mit schweren Atmungsstörungen, der an starker Ozaena litt, fand Verf. eine Bewegungsbeschränkung der beinahe in Phonationsstellung befindlichen Stimmbänder; nach Reinigung der Nase und mannigfachen Versuchen gelang es dem Pat., die Stimmbänder voneinander zu bewegen und eine Masse schwärzer Krusten in der Trachea zu Gesicht zu bringen. Durch Entfernung derselben wurde die Atemstörung prompt beseitigt. D. meint, daß die Epithelmetaplasie und die Degeneration der Schleimdrüsen infolge des atrophischen Katarrhs die Reflexerregbarkeit der Luftröhre, welche an Sensibilität dem Kehlkopf an und für sich nachstehe, so herabsetze, daß die Expektoration des Sekretes immer mehr abnehme und so eine derartige Massenbildung von Krusten möglich sei.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

44) Schultze. Über die Bülau'sche Heberdrainage bei Empyemen.
(Therapie der Gegenwart 1904. Nr. 1.)

S. berichtet über eine Reihe von Fällen, in denen er die Bülau'sche Drainage angewandt hat. Dieselbe erwies sich als zweckmäßig und heilbringend bei Kindern, die an metapneumonischen oder sonstigen, aus inneren Ursachen entstandenen, einfachen Empyemen litten. Dagegen versagte die Drainage bei Erwachsenen, bei denen das Empyem schon lange bestand oder die gleichzeitig an Tuberkulose litten. In diesen Fällen — drei Krankengeschichten dienen als Beweis — versagten aber auch die Rippenresektion sowie die Thorakoplastik. Nur in einem Falle konnte mit der Drainage Heilung erzielt werden, obwohl die Abszeßhöhle mit den Bronchien kommunizierte.

Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt Verf., bei alten Empyemen sogleich die Rippenresektion unter lokaler Anästhesie vorzunehmen, die Drainage nur bei ängstlichen Pat. oder doppelseitigen Empyemen zu probieren. Bei frischen Empyemen jedoch, besonders bei Kindern, tritt die gefahrlose Drainage in ihr Recht, zumal die Heilungsdauer drainierter Fälle sich von der operierter Fälle im Durchschnitt nicht wesentlich unterscheidet. Für die Operation ist eine Hauptwichtigkeit, eine allgemeine Narkose zu vermeiden, da eine solche leicht zum Tode führen kann.

Silberberg (Breslau).

45) M. Dieulafoy. Essai de traitement de la tuberculose pulmonaire avec le serum de M. Marmorek.
(Bull. de l'acad. de méd. 67. ann. 3. ser. Nr. 39.)

Auf D.'s Krankenstation hat Marmorek selbst sieben Tuberkulöse mit Einspritzungen seines Serum behandelt. Das Urteil D.'s über die Erfolge läßt sich kurz dahin zusammenfassen, daß keines der Krankheitssymptome günstig beeinflußt wurde. Fünf der Kranken erlagen bald nachher.

An der Diskussion beteiligen sich Monod, Le Dentu und Hallopeau, von denen sich Monod günstig, die anderen ablehnend äußern. Hallopeau hat sogar Abszesse an den Einstichstellen beobachtet, die mit Sicherheit auf die toxische Wirkung des Serums zurückgeführt werden mußten; einer davon brauchte 6 Monate bis zur Ausheilung.

Christel (Metz).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 9. Sonnabend, den 5. März. 1904.

I.

(Aus dem städtischen Krankenhause zu Worms a. Rh.)

Trepanation unter Lokalanästhesie und Trennung der Galea ohne Blutung.

Von

Prof. Dr. **L. Heidenhain.**

Bei einer großen Anzahl von Operationen am geschlossenen Schädel wird sich, wie mir scheint, die allgemeine Narkose durch die Braun'sche Form der Lokalanästhesie ersetzen lassen. Spritzt man 1 ccm einer ½- oder 1%igen Kokainlösung mit Zusatz von 1—2 Tropfen einer 0,1%igen Adrenalinlösung auf den

Kubikzentimeter ins subkutane Gewebe, so wird im Laufe einer halben Stunde Cutis, Subcutis und Fascie im Umkreis etwa eines Talers oder eines Fünfmarkstückes vollkommen schmerzunempfindlich. Diese Anästhesie bleibt, wie bekannt, stundenlang erhalten, im Gegensatz zur Schleich'schen Infiltrationsanästhesie, deren Wirkung ziemlich schnell abklingt, wenn man sie nicht unter Blutleere ausführen kann. Die einfache Injektion Braun'scher Lösung (Kokain plus Adrenalin) ins subkutane Gewebe wirkt also in weitem Umkreise sowohl in der Fläche wie in die Tiefe anästhesierend. 1%ige Kokainlösung wirkt stärker, schneller und anscheinend in weiterem Umkreise, wie ½%ige. Indessen genügt auch letztere. Spritzt man die Braun'sche Lösung unter die Galea auf den Knochen, so wird im Laufe einer halben Stunde nicht nur die Galea, sondern auch der unterliegende Knochen bis zur Dura und — wie mir schien — auch diese vollkommen schmerzunempfindlich.

Im Laufe der letzten Monate habe ich unter Verwendung von 10 ccm ½%iger Kokainlösung mit Adrenalinzusatz zwei Trepanationen ausgeführt. Die anästhesierende Flüssigkeit wurde entlang der Einschnittslinie unter die Galea auf den Knochen gespritzt und dann eine halbe bis dreiviertel Stunden gewartet. Bei einer jungen Frau handelte es sich um die Extraktion eines kleinen syphilitischen Sequesters. Ein ca. 12 cm langer Einschnitt, Abhebelung des Periostes nach beiden Seiten, Trepanation mit Meißel und Luer'scher Zange bei sehr verdicktem Schädel, Fortnahme des Knochens bis auf die Dura, Abkratzung dieser waren völlig schmerzlos. Ich habe flott und kräftig drauf geschlagen, nicht anders wie bei einer Nekrosenoperation in allgemeiner Narkose. Die Kranke äußerte nur den Wunsch, daß ihr der Kopf gehalten werde, weil sie selbst den Meißelschlägen nicht recht Widerstand leisten konnte.

Bei dem zweiten Kranken — rezidives Sarkom der motorischen Region — habe ich eine Palliativoperation zur Beseitigung der quälenden Kopfschmerzen unter lokaler Anästhesie ausgeführt. Am 27. August 1900 hatte ich ihm ein cystisches Sarkom aus der motorischen Region entfernt. Der Kranke wurde 1901 auf dem Chirurgenkongreß geheilt vorgestellt. (Vgl. Verhandlungen II. p. 598). Im Mai 1902 bekam der Pat. etliche epileptoide Schwindelanfälle, welche ein Rezidiv wahrscheinlich machten. Ich klappte den bei der ersten Operation gebildeten Haut-Knochenlappen wieder auf und fand unter ihm ein solides Rezidiv von 83 g Schwere, welches entfernt wurde. Die Wiedereröffnung des Schädels gestaltete sich dadurch sehr einfach, daß die Vereinigung des Knochenlappens mit dem Schädel nur eine bindegewebige war. Folge der zweiten Operation war eine unvollkommene spastische Hemiplegie. Doch sonst war Pat. beschwerdefrei, auch frei von epileptischen Anfällen, und war imstande, seinem Berufe nachzugehen. Jetzt litt er seit kurzem an rasenden Kopfschmerzen, kam dabei so schnell und so sehr herunter, daß trotz normalen Augenhintergrundes und trotz fehlender motorischer Erscheinungen ein zweites Rezidiv angenommen werden mußte. Den Tumor nochmals zu exstirpieren, hielt ich angesichts der Größe des ersten Rezidivs für unausführbar. Ich wäre sicher mit den großen Ganglien in Konflikt gekommen, hätte wahrscheinlich den Kranken verloren. Darum habe ich nur zur Beseitigung des Hirndruckes das eingesetzte Knochenstück (Maße 10 : 7 cm) entfernt und die Galea wieder zugenäht. (November 1903.) Die Eröffnung des Schädels unter Abschieben der Galea von dem Knochenlappen und seiner Umgebung, das Herausbrechen des an seiner Basis knöchern eingewachsenen Knochenstückes sowie die Naht waren schmerzlos. Die Anästhesie war ideal wie im ersten Falle. Verwandt waren ebenfalls 10 ccm ½%iger Kokainlösung mit Adrenalinzusatz. Der Tumor lag auch diesmal unter dem Knochen frei zutage. Doch habe ich der

großen Verlockung, ihn anzugreifen, widerstanden. Die Kopfschmerzen verschwanden innerhalb einiger Tage und sind bisher nicht wiedergekehrt.

Nach diesen günstigen Erfahrungen glaube ich, daß man auch größere Operationen am Schädel unter örtlicher Anästhesie ausführen kann. Die deutsche Maximaldosis für Kokain ist 0,05. Ich selbst habe diese Dosis, auch bei Operationen am Stamme und an den Extremitäten, aus Vorsicht nie überschritten. Paul Reclus[1] hat 7000 größere und kleinere Operationen unter Kokainanästhesie ausgeführt. Er gibt an, daß dieselbe Kokainmenge in hochprozentiger Lösung Vergiftungserscheinungen hervorrufe, welche in $^1/_2$%iger Lösung völlig unschädlich sei. Er ist mit der Konzentration der verwendeten Lösungen stetig herabgegangen und verwendet nur noch $^1/_2$%ige Lösungen. In Form $^1/_2$%iger Lösung könne man, versichert er glaubhaft, bis zu 20 cg Kokain zur örtlichen Anästhesie verwenden, ohne je Vergiftungserscheinungen zu sehen, wenn man einige sehr einfache Vorsichtsmaßregeln anwende. Der Kranke soll nicht nüchtern auf den Operationstisch kommen, soll während und nach der Operation streng horizontale Lage inne halten, soll während der Operation langsam eine Tasse Kaffee versetzt mit einigen Tropfen Alkohol trinken, soll nach der Operation eine Tasse dicke Suppe essen, darf sich frühestens eine Stunde nach der Operation setzen oder gar gehen. Horizontale Lage während und nach der Operation sei unbedingt notwendig, um Hirnanämie mit nachfolgenden Vergiftungserscheinungen zu vermeiden. Bei Befolgung dieser Regeln seien auch Operationen am Kopf unter Verwendung größerer Kokainmengen unbedenklich, wenn man nicht stärkere als $^1/_2$%ige Lösungen einspritze. Die schönen Versuche von Kohlhardt[2] über Entgiftung des Kokains unter Blutleere lassen daran denken, daß vielleicht gerade der Adrenalinzusatz es gestatten werde, ungestraft die hier zu Lande übliche Maximaldosis von 5 cg zu überschreiten. Ich muß wohl hinzufügen, daß wir bei recht zahlreichen Operationen an allen Teilen des Körpers nie üble Erfahrungen irgendwelcher Art mit dem Zusatz von Adrenalin zur Kokainlösung gemacht haben. Am wichtigsten erscheint mir der Versuch der Lokalanästhesie bei Operation von Hirntumoren. Die Bildung großer Haut-Knochenlappen, welche für solche Operationen unumgänglich notwendig ist, hängt in erster Linie davon ab, wieviel Kubikzentimeter $^1/_2$%iger Kokainlösung, d. h. wieviel Zentigramm Kokain wir unter die Galea einspritzen dürfen, ohne den Kranken zu vergiften und dazu noch mit dem Staatsanwalt in Berührung zu kommen, eine in heutigen Zeitläufen nahe genug liegende Gefahr. Zur Operation am Hirn

[1] P. Reclus, L'anésthesie localisée par la cocaïne. Paris, Masson & Cie. 4,50 M.

[2] Kohlhardt, Über Entgiftung des Kokains im Tierkörper. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1901. Bd. II. p. 644 und v. Langenbeck's Archiv.

ist sitzende Körperstellung nach dem Vorgange v. Bergmann's notwendig. Zur Bildung des Haut-Knochenlappens können wir den Kranken hinlegen. Machen wir die Operation zweizeitig, wie Horsley prinzipiell, schneiden wir an einem Tage den Haut-Knochenlappen heraus und lassen die Exzision des Tumors erst nach einigen Tagen folgen, so dürfte die Verwendung von 10—15 cg Kokain in $^1/_2$%iger Lösung bei strenger Beobachtung der Regeln von Paul Reclus, vor allem horizontaler Lage des Kranken, möglich sein. Wenn mir alle paar Wochen ein derartiger Fall in die Hände käme, so würde ich diese Anregung nicht hinausgehen lassen, ohne über meine eigenen Erfolge zu berichten. Bei der Seltenheit solcher Operationen hielt ich es nicht für richtig, den obigen Bericht aufs ungewisse zurückzuhalten. Zum Schlusse möchte ich ausdrücklich darauf hinweisen, daß vollkommene Schmerzlosigkeit um so sicherer ist, je länger man nach der Injektion wartet. Leider habe ich in den letzten Monaten auch keine geeigneten Fälle vom Mittelohr ausgehender Erkrankungen in die Hände bekommen. Aller Wahrscheinlichkeit nach werden sich Radikaloperationen in chronischen, vielleicht sogar in etlichen akuten Fällen mit Braun'scher Lokalanästhesie völlig befriedigend für Arzt und Kranken ausführen lassen, worunter ich verstehe, daß der Arzt unbekümmert und ungestört arbeiten kann, und daß der Kranke nicht über Schmerzen zu klagen hat. Gerade die räumliche Beschränkung des Operationsfeldes läßt dies erhoffen, weil sie es gestattet, mit wenigen Kubikzentimetern Flüssigkeit auszukommen, demnach sogar die starke und stark wirkende 1%ige Kokainlösung zu verwenden.

Die Blutung aus der Galea bei Operationen ist manchmal recht beträchtlich. Blutsparung ist namentlich bei Hirntumoren dringend angezeigt, ganz abgesehen vor der Zeitersparnis, welche durch Fortfall der Blutung erwächst. Im Laufe der letzten Jahre habe ich mehrfach vor Lappenbildung aus der Galea den Lappen diesseits und jenseits der erwünschten Schnittlinie fortlaufend mit Hinterstichen umstochen. Zieht man den Seidenfaden stark an, so ist die Blutstillung fast vollkommen. Geringe parenchymatöse Blutung findet statt. Hier und da tröpfelt eine kleine Arterie ein wenig, so daß man sie fassen muß. Aber man braucht nur ganz vereinzelte Unterbindungen. Der Blutverlust ist praktisch gleich Null, der Aufenthalt durch die Blutstillung kaum nennenswert, da die präliminäre Umstechung sich sehr schnell erledigen läßt und die weitere Operation fast trocken ist.

Nach Beendigung der Operation wird der Galealappen ohne Lösung der Umstechungen eingenäht. Die Umstechungsnähte bleiben liegen und werden erst nach acht bis zehn Tagen mit den Hautnähten entfernt. Wie die parenchymatöse Blutung der Wundränder beweist, ist deren Ernährung genügend trotz der Umstechung. Ich habe die Wunden immer prima intentione heilen, nie eine Nekrose der Wundränder entstehen sehen.

Ich möchte auch glauben, daß es bei der Derbheit der Kopfschwarte fast unmöglich ist, die Umstechungsnähte so fest anzuziehen, daß eine Nekrose der Wundränder eintritt. Jedenfalls gibt der Blutgehalt der Wundränder beim Einschnitt einen sicheren Anhalt dafür, ob man die Umstechungsnähte liegen lassen kann oder nicht. Daß sie liegen bleiben, ist erwünscht, weil damit die definitive Blutstillung auf die einfachste Weise erledigt ist. Die Methode leistet vortreffliches auch dann, wenn die Galea von stark erweiterten Gefäßen durchzogen ist, wie ich an einem sehr prägnanten Falle sah. Gelegentlich habe ich einen fast handgroßen Galealappen zur Deckung eines Defektes verlagern müssen und ihn zur Blutersparung vor der Entnahme doppelt umstochen. Er heilte in ganzer Aus-

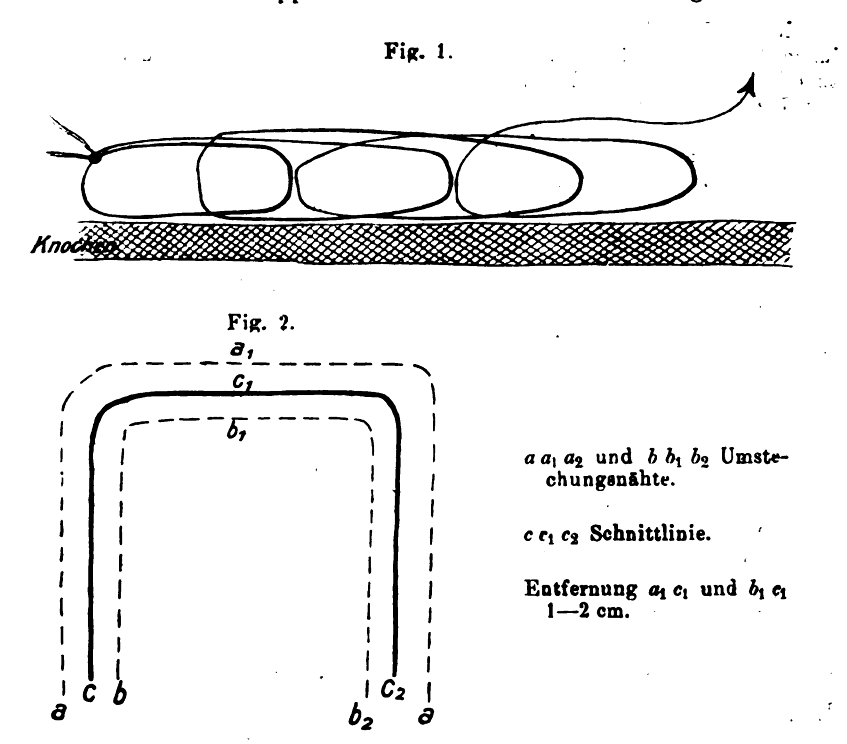


Fig. 1.

Fig. 2.

$a\,a_1\,a_2$ und $b\,b_1\,b_2$ Umstechungsnähte.

$c\,c_1\,c_2$ Schnittlinie.

Entfernung $a_1\,c_1$ und $b_1\,c_1$ 1—2 cm.

dehnung p. pr. ein, obwohl die Umstechungsnähte erst nach acht Tagen entfernt wurden. Zur Umstechung eignen sich halbrunde, mittelgroße, nicht zu dicke Nadeln und Seide mittlerer Stärke. Die Nadel soll so weit wie möglich auf dem Knochen schleifen. Die erste Schlinge wird unter festem Anziehen des Fadens für sich geknotet. Die Naht läuft fortlaufend weiter. Bei Bildung der zweiten Schlinge tritt die Nadel etwa in der Mitte der ersten Schlinge aus. Jede folgende Schlinge tritt möglichst dort aus, wo die vorhergehende eintrat. Die Lage der Nähte zeigen die beistehenden schematischen Zeichnungen ungefähr. Um den Verlauf des Fadens

zu kennzeichnen, ist die vorangehende, in die Haut eintretende (in der Zeichnung rechte) Hälfte der Fadenschlinge stark gezeichnet.

II.

Zur operativen Behandlung der habituellen Luxation der Kniescheibe.

Von

Prof. Dr. Ali Krogius,

Direktor der chir. Universitätsklinik in Helsingfors (Finnland).

Im vor. Jahre hatte ich Gelegenheit, in der hiesigen chirurgischen Klinik zwei junge Mädchen von 16 resp. 8 Jahren wegen habitueller Luxation der Kniescheibe zu behandeln. Bei der älteren Pat. war die Luxation doppelseitig und hatte sich vor 7 resp. 3 Jahren im Anschluß an akut entstandene, schmerzhafte Kniegelenksaffektionen entwickelt. Die jüngere Pat. bot eine einseitige Kniescheibenverrenkung dar, die vor einem Jahre ohne nachweisbare Ursache allmählich entstanden war. In beiden Fällen trat die (äußere) Luxation schon bei leichter Beugung des Kniegelenkes ein, so daß bei jedem Schritte die Kniescheibe über den Condylus lateralis femoris rutschte; hierdurch war das Gehen in bedeutendem Maße behindert. Bei passiver Bewegung der Knie konnte man konstatieren, daß die Patella durch den straffen lateralen Teil der Kapsel mit großer Kraft nach außen gezogen wurde, indes der schlaffe und gedehnte mediale Kapselteil nur geringen Widerstand leistete. Eine eben angedeutete Valgusstellung der Knie war in beiden Fälle vorhanden[1].

Zur Behandlung der habituellen Kniescheibenverrenkung, der traumatischen sowohl als der angeborenen und »pathologischen«, sind bekanntlich eine große Menge verschiedener Operationsverfahren angegeben worden, von denen einige nur die Weichteile betreffen, andere in Eingriffen an dem Knochensystem bestehen. Unter den ersteren sind die wichtigsten: Die Resektion eines Stückes aus der medialen Seite der erschlafften Kapsel nach Bajardi, sowie die Kombination dieses Verfahrens mit der Durchschneidung des lateralen Teiles der Kapsel; ferner die »Kapselfaltung« nach Le Dentu; die Bardenheuer'sche Kapselverkleinerung; die Transplantation des Lig. patellae nach Roux usw. Von den Knochenoperationen sind zu nennen: die Osteotomie zur Hebung eines vorhandenen Genu valgum; die tiefe Ausmeißelung der Fovea patellae nach Lucas-Championnière und Pollard; die Transplantation der Tuberositas tibiae nach Heineke; die Erhöhung des äußeren Femurkondylus durch Eintreiben eines Stiftes (Trendelenburg) usw. — Unter allen diesen Methoden scheint die Kapselfaltung nach Le Dentu in der ursprünglichen oder der von Hoffa modifizierten Form die größte Verbreitung gefunden zu haben.

---

[1] Eine ausführliche Mitteilung dieser Fälle wird demnächst an anderer Stelle erfolgen.



Da nun in meinen Fällen zur Vornahme einer Knochenoperation keine bestimmte Indikation vorlag und da andererseits, in anbetracht der großen Gewalt, mit der die Patella bei Beugung der Knie nach außen gezogen wurde, die bisher vorgeschlagenen Weichteiloperationen keine Aussichten auf dauernden Erfolg zu versprechen schienen, ersann ich eine neue Operationsmethode, die, ohne sehr eingreifend zu sein, die früher angewandten Methoden an Wirksamkeit übertreffen dürfte.

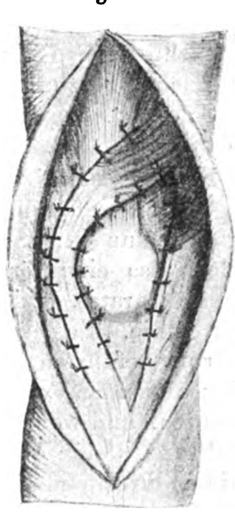
Die Methode besteht in folgendem:

1) An der äußeren Seite der Kniescheibe wird ein bogenförmiger Hautschnitt geführt, der mit dem von Kocher zur Resectio genu angewandten »lateralen Hakenschnitt« völlig übereinstimmt. Der mediale Hautrand wird dann über die Patella und den inneren Teil

Fig. 1.



Fig. 2.



der Kniekapsel hinweg abgelöst und ebenso der laterale Hautrand nach außen zu ein wenig abpräpariert, so daß der ganze vordere Teil des Kniegelenkes bloßgelegt wird.

2) Längs dem äußeren Rande der Patella, einige Millimeter von demselben entfernt, wird ein Schnitt angelegt, der einige Querfinger breit oberhalb der Kniescheibe beginnt und am Ansatze des Lig. patellae endigt (s. Fig. 1 rechtes Knie). Dieser Schnitt durchtrennt den Tractus iliotibialis nebst der sehnigen Ausbreitung des M. vastus lateralis und der eigentlichen fibrösen Kapsel; die Synovialmembran wird von der letzteren abgedrückt.

3) Längs dem inneren Rande der Kniescheibe wird ein Schnitt vom Ansatzpunkte des Lig. patellae bis ein Stück weit durch den M. vastus medialis, der Faserrichtung dieses Muskels soweit als mög-

lich folgend, geführt; und etwa zwei Querfinger breit weiter nach innen wird ein zweiter Schnitt, dem vorigen parallel oder von diesem nach oben leicht divergierend, angelegt (Fig. 1). Auch diese Schnitte durchtrennen den fibrösen Kapselapparat bis auf die Synovialis. Durch Abpräparierung der zwischen diesen Schnitten gelegenen Gewebe von der Synovialis wird sodann ein brückenförmiger Lappen gebildet, der im unteren Teile aus der Fascia lata nebst der sehnigen Ausbreitung des M. vastus medialis und der eigentlichen fibrösen Kapsel, im oberen Teile aus Muskel nebst Fascie besteht.

4) Sodann wird der längliche Defekt, der nach Abpräparierung dieses Lappens zurückblieb, durch starke Catgutnähte geschlossen.

5) Ferner wird der oben erwähnte brückenförmige Lappen um den äußeren Rand der Patella herumgeführt und in den dortselbst durch die unter 2) angeführte Inzision erzeugten Spalt eingepaßt, worauf die einander entsprechenden Ränder mit Catgutnähten vereinigt werden (Fig. 2).

6) Schließlich wird die Hautwunde zugenäht und drainiert und das Bein nach Anlegung eines leicht komprimierenden Verbandes auf eine Schiene gelagert. — Nach 3—4 Wochen wird dann mit Massagebehandlung begonnen.

Wie leicht ersichtlich, kann man durch diese Operation eine beliebig große Verkürzung (in querer Richtung) des inneren erschlafften und eine entsprechende Verlängerung des äußeren straffen Kapselteiles, also eine förmliche Verlagerung der Patella innerhalb ihres Kapselapparates, erzielen. Dazu kommt noch, wenn auch erst in zweiter Linie, die nach innen ziehende Wirkung des um die Patella herum geführten Muskel-Sehnenlappens. Die ganze Operation kann bei genügender Vorsicht ohne Eröffnung des Kniegelenkes ausgeführt werden, und wenn auch bei der Anlegung der Schnitte durch die Kapsel eine kleine Verletzung der Synovialis zustande käme, so könnte diese durch eine Sutur leicht geschlossen werden und würde übrigens bei aseptischem Vorgehen ohne besonderen Belang sein. — In besonders hochgradigen Fällen könnte diese Operation event. mit der Verpflanzung des Ansatzes des Lig. patellae nach innen kombiniert werden.

Die hier beschriebene Operation habe ich bis jetzt dreimal, nämlich bei den oben angeführten Pat. mit doppelseitiger resp. einseitiger Patellarluxation ausgeführt. Nach der ersten Operation trat — aus mir unbegreiflicher Ursache — denn dieselben aseptischen Maßnahmen, die sich in der Klinik sonst vortrefflich bewährt haben, wurden in diesem Falle mit ganz besonderer Sorgfalt beobachtet — eine Infektion ein, die das Aufklappen der Wunde nötig machte. Auch das schließliche Resultat der Operation war in diesem Falle kein befriedigendes, denn nach etwa einem halben Jahre begann die Patella, die bis dahin die richtige Stellung eingehalten hatte, sich bei stärkerer Beugung des Knies nach außen über den äußeren Kondylus zu verschieben, ohne daß es jedoch zu einer vollständigen Luxation kam. Nach den beiden späteren Operationen dagegen war der Heilungsverlauf ein ungestörter, und auch der Erfolg war, als die Pat. etwa 3 Monate nach der Operation die Klinik verließen, ein vollständiger, indem die Patella

sogar bei spitzwinkliger Beugung der Knie auf ihrem Platze zwischen den Kondylen blieb und der Gang ganz unbehindert war.

Ich glaube nach diesen Erfahrungen die Operation für geeignete Fälle zur Nachprüfung empfehlen zu dürfen.

---

1) **Baldwin.** One thousand abdominal closures by a new method, without a known hernia.

(Annals of surgery 1903. November.)

Nach Haggard's Statistik treten in 10% der Laparotomie Bauchbrüche ein; wenn die Wunde nicht aseptisch bleibt, erhöht sich die Zahl sogar auf 50%. Verf. verwirft alle versenkten Nähte, sowohl Silberdraht, wie Silkworm und Catgut. Letzteres werde durch die Hände des Operateurs infiziert; bei seiner Verwendung dürfe nur mit Handschuhen operiert werden. Die von ihm beim Schluß der Bauchwunden bevorzugte Methode besteht in folgendem. Es werden zunächst die Rectusmuskeln in eine derartige Lage gebracht, daß sie sich genau gegenüberstehen. Darauf wird eine durch Bauchfell, Fascie, Muskeln und Haut von innen nach außen gehende tiefgreifende Silkwormnaht angelegt, die Fäden aber noch nicht geknüpft. Dann wird die Muskelfascie durch verzinnten, vorher ausgekochten dünnen Eisendraht vereinigt, dessen Enden am oberen und unteren Wundrande durch die Haut geführt und über quadratischen Gazepäckchen vereinigt werden. Jetzt erst werden die vorher angelegten Silkwormfäden auf der Haut verknüpft. Zwischen Muskelfascie und Haut wird ein dünnes Gazebäuschchen eingeschoben, welches am anderen Morgen entfernt wird. Nach 10 Tagen wird der Verband gewechselt, wobei sämtliche Nähte zu entfernen sind. Der Verband wird mittels der vielknöpfigen Flanellbinde festgehalten. Einen Monat tragen die Pat. später eine Bauchbandage Tag und Nacht, einen weiteren Monat nur tagsüber. Dann wird die Bandage fortgelassen, damit die Muskeln nicht entarten. Für sehr fette Personen soll sich nach Verf.s Aussagen seine Nahtmethode nicht eignen.

Herhold (Altona).

---

2) **C. Brunner.** Weitere klinische Beobachtungen über Ätiologie und chirurgische Therapie der Magenperforation und Magenperitonitis. Die bisherigen Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung bei Magenperitonitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 1.)

3) Derselbe. Experimentelle Untersuchungen über Ätiologie und chirurgische Therapie der durch Mageninhalt bewirkten Peritonitis.

(Ibid.)

Diese beiden Arbeiten gehören eng zusammen und schließen sich außerdem an des Verf. frühere Mitteilung: »Klinische Beobachtungen

über Ätiologie und chirurgische Therapie der Magen-Duodenumperforation und Magenperitonitis« unmittelbar an. Der klinische Teil bringt 6 neue Fälle von Magenperforation, so daß jetzt insgesamt 8 Beobachtungen von Geschwürsperforationen und 3 von Perforationen bei Karzinom des Magens vorliegen. Unter 6 operierten Fällen von Perforation bei Magengeschwür gelang es bis jetzt nur einen zu retten; die nicht operierten starben sämtlich. In diagnostischer Beziehung war bei den 4 neu beobachteten Fällen von Geschwürsdurchbruch zu bemerken, daß die Diagnose einer Peritonitis diffusa in allen Fällen klar war; 3mal wies die Anamnese mit Sicherheit auf Magenperforation hin, 1mal war eine Perforation des Wurmfortsatzes nicht auszuschließen. Immer fand sich starke Gasentwicklung und als deren Folge ein Fehlen der Leberdämpfung. Von den beiden neu mitgeteilten Fällen von Perforation des Magens bei Karzinom wurde der eine am Leben erhalten; beide Male war der Riß in der Magenwand während der Operation entstanden und sofort geschlossen worden.

Die Ergebnisse der in jedem einzelnen Falle nach allen Richtungen hin vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen des Bauchinhaltes bei Magenperitonitis nach Perforation eines Geschwürs werden mit den bisher vorliegenden brauchbaren Ergebnissen der Untersuchungen anderer Autoren tabellarisch zusammengestellt. Aus diesen 22 Fällen geht hervor, daß es sich meist um eine Poly- oder Doppelinfektion, selten um Monoinfektion handelt. Als dominierende Spezies treten Streptokokken und Bakterium coli auf. Im Ausstrich waren vor allem Dipplokokken vorherrschend.

In den experimentellen Untersuchungen bespricht Verf. zunächst aus der bisher vorliegenden Literatur unsere Kenntnisse über die Beschaffenheit des Infektionsstoffes, d. h. des austretenden Mageninhaltes in physiologisch-chemischer Beziehung. Hinsichtlich der Verhältnisse beim gesunden Magen wird unter Berücksichtigung des Bakteriengehaltes und der bakterientötenden Eigenschaften des Magensaftes bei Austritt des Mageninhaltes folgendes zu erwarten sein: Die Tatsache, daß fast jedes Bakterium unter gewissen Umständen vom Magen unbeeinflußt in das Duodenum gelangen kann, hat auch für den Fall der Perforation mit Austritt in die Bauchhöhle seine Gültigkeit. Es werden bei speiseleerem Magen die mit dem Speichel verschluckten Mundbakterien unbehelligt durch Salzsäure austreten können. Die zu Anfang einer Mahlzeit mit Speisen und Speichel verschluckten Organismen können bei zu dieser Zeit erfolgter Perforation unbeeinflußt durch HCl austreten. Speisen, die ca. 1/2 Stunde im Magen verweilt haben, sind schon der desinfizierenden Kraft der Salzsäure ausgesetzt gewesen; bei 1stündigem Aufenthalt entsprechend länger und intensiver. Der durch die Desinfektion erzielte Effekt muß, abgesehen von der großen Verschiedenheit der Bakterienzahl und Bakterienempfindlichkeit, je nach der Menge und Beschaffenheit der die Organismen einhüllenden

Nahrung und je nach der Menge der produzierten Salzsäure in gleichen Zeiträumen verschieden sein.

Über den Bakteriengehalt des kranken Magens, insbesondere bei Geschwür und Krebs, gibt die Literatur sehr wenig Aufschluß. Diese Lücke sind die eigenen Untersuchungen des Verf. auszufüllen bestimmt. Es sollen dieselben Aufschluß geben über den Grad der Infektiosität des unter verschiedenen Bedingungen gewonnenen Mageninhaltes dem tierischen Bauchfell gegenüber. Die Versuche zerfallen in solche mit Mageninhalt gesunder Individuen, dann mit Mageninhalt bei unter pathologischen Verhältnissen sezernierter Salzsäure und schließlich mit solchem bei Anachlorhydrie aus verschiedenen Ursachen. Als Versuchstiere wurden fast immer Kaninchen genommen, ausnahmsweise Meerschweinchen. Der Mageninhalt wurde stets mittels ausgekochter Sonde durch Ausheberung gewonnen.

Als Hauptergebnis der Untersuchungen ist zu betrachten, daß der unter sonst gleichen Bedingungen gewonnene Mageninhalt bei Anachlorhydrie als unverhältnismäßig viel infektiöser sich erweist als bei vorhandener HCl. Diese Tatsache erklärt sich nicht nur durch Herabsetzung der Virulenz der die Peritonitis erzeugenden Bakterien, sondern auch durch eine ganz beträchtliche Herabsetzung der Keimmengen bei Anwesenheit von Salzsäure. Es gelang dem Verf., den direkten Nachweis für den Einfluß der desinfizierenden Salzsäure dadurch zu geben, daß er Übertragungen mit Mageninhalt machte, welcher zu einer Zeit gewonnen war, da die Einwirkung der HCl nur von ganz kurzer Dauer gewesen sein konnte. Es ergab sich, daß der Mageninhalt unter sonst gleichen Bedingungen in diesen Fällen wesentlich pathogener war, als nach längerer Einwirkung der Salzsäure.

Für die Pathologie der menschlichen Magenperitonitis ergab sich aus diesen Versuchsresultaten die zu erwartende Folgerung, daß bei allen pathologischen Zuständen, wo der Salzsäuregehalt des Magens wegfällt, die in den Magen gelangten pathogenen Mikroorganismen in ihrer mitgebrachten Virulenz nichts einbüßen, im stagnierenden Inhalt sich vermehren und somit beim Austritt in die Bauchhöhle durch Zahl und Virulenz gefährlicher sein müssen als Keime, die längere Zeit im Reservoir der Säure ausgesetzt waren, bevor sie austreten.

Den letzten Teil der Arbeit bilden therapeutische Versuche. Sie wurden bei kräftigen Kaninchen in der Weise ausgeführt, daß schon wenige Minuten nach Ausbreitung des Mageninhaltes in der Bauchhöhle eine Entfernung desselben versucht wurde. Es wurden zur Spülung verwendet Kochsalzlösung mit und ohne gleichzeitige Injektion von Antistreptokokkenserum, Aktol, Salizyllösungen und Salzsäurelösungen. Es zeigte sich, daß trotz ausgiebigster Irrigation stets noch einzelne Partikel zurückblieben. Entsprechend der verschiedenen Pathogenität des Mageninhaltes für das Kaninchen-

bauchfell je nach dem Salzsäurereichtum ergab sich, daß bei Infektion mit dem hyperaziden Mageninhalt eine Rettung der Tiere durch Spülung möglich war, während sie bei Infektion mit anazidem Inhalt vollständig im Stich ließ.

Die Erfahrungen beim Menschen zeigen, daß bei allgemeiner Peritonitis, also bei viel ungünstigeren Bedingungen, nach Kochsalzspülungen Heilung erfolgen kann. Die Versuchsergebnisse des Verf. sprechen im Verein mit diesen Tatsachen jedenfalls für den Nutzen der Salzwasserspülung bei diffuser Ausbreitung der Keime, vorausgesetzt, daß sie frühzeitig erfolgt. **Blauel** (Tübingen).

---

4) **W. H. Bennett.** Deceptive signs of improvement following upon septic intoxication in acute appendicitis, especially in young people.

(Lancet 1904. Januar 2.)

Verf. betont an der Hand einiger Appendicitisfälle die oft so außerordentlich große Schwierigkeit in der Stellung der Operationsindikation. Besonders ist diese groß bei jungen Leuten. Absolut unzuverläßlich ist oft das subjektive Befinden der Kranken: Schmerz, Resistenz, Übelsein, Temperaturerhöhung können schwinden, die Klagen des Kranken hören auf, und doch kann unter diesem Deckmantel sich die Krankheit enorm verschlimmert haben und eine Darmperforation eingetreten sein. Ein plötzlicher Temperaturabfall ist das häufigste Symptom einer Appendixperforation, im übrigen stellt nach Verf. die Diagnose in solchen Fällen an den »ärztlichen Blick« die höchsten Anforderungen, der allgemeine Eindruck und Gesichtsausdruck des Kranken sind zu beobachten; es braucht nicht immer die Facies abdominalis in ausgesprochener Weise zu bestehen. Das oft bestehende subjektive Wohlbefinden des Kranken ist nur eine Folge einer erhöhten Intoxikation durch septische Stoffe. Je jünger die Pat. sind, desto akuter und destruktiver pflegen bei ihnen Infektionsprozesse zu verlaufen. **H. Ebbinghaus** (Paris).

---

5) **L. Rehn** (Frankfurt a. M.). Über den Wert der Blutkörperchenzählung bei den akuten Entzündungen des Wurmfortsatzes.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 50.)

R. hält das diagnostische Hilfsmittel der Blutkörperchenzählung nicht bloß im allgemeinen für überflüssig, sondern auch für unsicher und gefährlich, weil die tagelang durchgeführte Zählung uns eine Sicherheit vortäuschen kann, welche es nicht gibt, und die Fälle in einem Stadium zur Operation bringt, welches für den Pat. höchst kritisch ist und den Operateur in eine sehr schwierige Lage versetzt. Unsicher ist der Blutbefund, weil selbst bei geringer Leuko-

cytenzahl eine beträchtliche Eiterung im Bauche vorkommen, eine akute foudroyante Peritonitis bestehen kann. **Kramer** (Glogau).

---

6) **W. S. Halsted.** The cure of the more difficult as well simpler inguinal ruptures.

(John's Hopkins hospital bulletin 1903. Nr. 149.)

H. berichtet über eine Methode des Verschlusses des Leistenringes bei schwierigen Fällen von Leistenhernien, die an über 1000 Pat. erprobt ist. Dieselbe besteht in einer mehrtägigen Vereinigung von Muskeln und Fascien, wobei der Muscul. cremaster mit hinzugezogen wird.

1) Vereinigung von Cremaster und hinterer Fläche des Obliquus internus.

2) Vernähen des äußeren Teiles der gespaltenen Aponeurose des Obliquus externus nebst Lig. Pouparti mit der Masse des M. obliquus internus so, daß die Knoten unter die Aponeurose zu liegen kommen.

3) Vernähen des inneren Teiles der Aponeurose des Obliquus externus mit dem Lig. Pouparti, indem die Aponeurose möglichst weit vom Schnittrande gefaßt wird und das Lig. Pouparti mit einer Schleife unter die hinübergezogene Aponeurose zu liegen kommt.

4) Abermaliges Vernähen der Aponeurose mit dem Lig. Pouparti möglichst nahe am Schnittrande.

5) Naht der äußeren Haut.

Die Methode, durch recht gute Abbildungen erläutert, soll sehr gute Resultate liefern und jedes Rezidiv ausschließen.

Grosse (Kassel).

---

7) **F. Rudolf** (Wien). Über die Torsion des großen Netzes.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 44—47.)

Verf. bespricht die seltene und schwer zu diagnostizierende Affektion auf Grund von 4 Fällen aus dem Schnitzler'schen Krankenhaus und verbreitet sich besonders über die Ätiologie. Die Netztorsionen, soweit sie in der Literatur bekannt sind, wurden stets beim Vorhandensein eines alten Bruches beobachtet, und zwar stets bei Brüchen, deren Inhalt nur Netz war. Nur in der geringeren Anzahl der Fälle handelte es sich um eine intraherniäre Torsion, fast stets war oberhalb der Bruchpforte eine um einen oder um zwei feste Punkte gebildete Torsion zu konstatieren, also eine intraabdominelle. Die Netztorsion kann schnell oder langsam entstehen, und zwar meist unter den Erscheinungen leichter Brucheinklemmung. Dem Verf. ist aus der Literatur nur ein Fall (Schnitzler) bekannt, bei welchem vor der Operation eine exakte Diagnose gestellt wurde; sonst dachte man an Brucheinklemmung, Netzeinklemmung, innere Inkarzeration, Appendicitis usw. Als einziges Zeichen, welches mit einiger Sicherheit auf die richtige Spur leitet, führt Verf. das Vor-

handensein einer intraabdominellen großen Geschwulst an, die sich in eine irreponible Hernie nach abwärts fortsetzt. Die Netztorsion entsteht aus einer Reihe zusammenwirkender Momente: es muß eine Verlängerung des Netzes bestehen mit Klumpenbildung, mit Zirkulationsstörungen und nachfolgender Stauung und Hypertrophie, endlich mit entzündlichen Verwachsungen und Stielbildung. Hierzu tritt unter Umständen der Druck einer Bandage, oder Quetschungen anderer Art, auch sind forcierte Taxisversuche beschuldigt worden. Wichtig sind ferner die peristaltischen Bewegungen des Darmes und eine überhaupt vorhandene gewisse Disposition des Netzes, abnorme Lagerungen in der Bauchhöhle anzunehmen, wie das ja von Sektionen her bekannt ist. Endlich sind körperliche Überanstrengungen zu erwähnen, verbunden mit der Wirkung der Bauchpresse. Es kommen heftige Drehungen, ja völlige Abdrehungen zustande, mit mehr oder weniger heftigen Reaktionserscheinungen von seiten des Bauchfelles. Im allgemeinen fehlen schwere Allgemeinsymptome, besonders vom Darm aus, und Schmerzen stehen im Vordergrunde. Bei der Herniotomie, mit der man das Leiden stets in Angriff nahm, mußte man stets nach Erkennung der Sachlage zur Laparotomie übergehen und das Netz abbinden, soweit es pathologisch verändert war.

Verf. kennt aus der Literatur und aus seinem eigenen Material 29 Fälle (davon 23 intraabdominelle) wovon 24 bezw. 19 durch Operation geheilt wurden; die übrigen endeten tödlich, freilich meist aus Veranlassung eines interkurrenten Leidens.

Schmieden (Bonn).

---

8) **G. Ekehorn.** Zwei Fälle von Haargeschwulst im Magen.

(Nord. med. arkiv Bd. XXXV. 3. Folge. Bd. II. Abt. I. Nr. 15. [Deutsch.])

Im Anschluß an die Mitteilung zweier neuer Fälle dieser seltenen Krankheitsform liefert Verf. eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle — 14 operierten, 10 bei der Sektion angetroffenen — nebst einer Übersicht über die in mancherlei Beziehungen eigentümlichen Erscheinungen, welche bei den Pat. beobachtet worden sind. — Zuerst ist es auffallend, daß es, mit einer einzigen Ausnahme, sich nur um Pat. weiblichen Geschlechts und jugendlichen Alters gehandelt hat. Bemerkenswert ist weiter, daß die Farbe der Kopfhaare in allen den Fällen, wo dies angeführt ist, blond oder rotblond war.

Die Ursache, daß die Haare sich im Magen ansammeln, muß dahin erklärt werden, daß der Magensack nur mit größter Schwierigkeit imstande ist, ein hineingelangtes Haar auszutreiben. Durch die Kontraktionen des Magens werden die Haare allmählich zusammengeflochten und schließlich zu einer festen Geschwulst zusammengeballt. Daß die äußere Form dieser Geschwulst gewissermaßen als ein Abguß des Magens sich gestalten werde, ist ersichtlich. Bisweilen kann eine Verlängerung der Geschwulst durch den Pylorus hindurch in das Duodenum, ja selbst in das Jejunum hineinhängen.

Die klinischen Symptome sind der Hauptsache nach mehr oder weniger stark ausgeprägte Magenbeschwerden im Verein mit einer hochgradig beweglichen großen Geschwulst in der Magengegend, mit Schmerzen und fast ebenso häufig Erbrechen. Die sekretorischen Funktionen sind wahrscheinlich nicht verändert — nur in einem Falle (Åkerman) sind in dieser Richtung Untersuchungen gemacht. Allmählich bildet sich meistens Magendilatation mit Gastroptose aus. Die auffällige Beweglichkeit einer seit Jahren beobachteten Geschwulst in der Magengend bleibt das am meisten hervorragende Merkmal.

Verwechslungen mit folgenden Krankheiten sind vorgekommen: Magenkrebs, Leber-, Milz- oder Nierengeschwulst, Pankreascyste, Netzgeschwulst, Koprostase im Kolon und Epiploitis.

Hansson (Cimbrishamn).

---

9) **Murphy.** On the results obtainable by operative measures in affections of the stomach.

(Annals of sugery 1903. Dezember.)

Die Besserung der Erfolge in der Magenkrebschirurgie hängt nach Verf. von drei Punkten ab: a) von der Prophylaxe in dem Erkennen und Beseitigen aller jener Bedingungen, welche geeignet sind, das Karzinom hervorzubringen; b) von der Besserung in der Diagnose des Frühstadiums des Karzinoms; c) von der möglichst frühzeitigen Radikaloperation. Für Punkt a kommt in Betracht, daß sich das Karzinom häufig auf dem Boden des Magengeschwürs und des Pylorusverschlusses und seiner Folgen entwickelt. Die richtige Behandlung dieser Leiden und die ev. Probelaparotomie, falls sie sich über einen langen Zeitraum hinziehen, ist ein Haupterfordernis. M. will dann in zweifelhaften Fällen nicht allein die Laparotomie, sondern auch die Eröffnung des Magens vornehmen, um zu sehen, ob sich nicht bereits als Folge der obengenannten Leiden die ersten Anfänge des Karzinoms vorfinden. Auf diese Weise ist eine möglichst frühe Diagnose (Punkt b) unter Umständen möglich. Eine zur rechten Zeit bei gutartigem Pylorusverschluß ausgeführte Gastroenterostomie vermag der Entwicklung des Magenkarzinoms vorzubeugen. Am Schluß der Arbeit gibt Verf. eine sehr fleißige Statistik der von den verschiedensten Autoritäten erzielten Heilerfolge der Operation des Magenkarzinoms, der Lokalisation desselben am Magen und der Unterschiede in der Gastroenterostomia anterior und posterior usw.

Herhold (Altona).

---

10) **F. Warnecke.** Über die Indikationen zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi und seiner Komplikationen, nebst einer Zusammenstellung der durch die verschiedenen Operationsmethoden erzielten Erfolge.

(Gekrönte Preisschrift.) Göttingen, **Vandenhoeck & Ruprecht,** 1903.

Nach einem historischen Rückblick über Magenoperationen erörtert Verf. die absoluten und relativen Indikationen zum chirurgi-

schen Vorgehen beim Magengeschwür. Bei Besprechung der Folgen der Gastroenterostomie, in deren Bewertung Verf. sich großenteils den **Kelling**'schen Ausführungen anschließt, kommt er zu dem Resultat, daß die Gastroenterostomie beim Geschwür eine »absolut ideale Operation nie genannt werden kann«, daß sie aber wegen ihrer vielfachen Vorteile für Heilung des Geschwürs ein vorzügliches Mittel ist und an Wert alle anderen Operationsmethoden überflügelt. Gibt die Pyloroplastik in manchen Fällen auch gute Resultate, so ist doch einmal die Auswahl dazu passender Fälle schwierig, und zweitens bietet die Operation keinerlei Vorteile gegenüber der Gastroenterostomie. Resektionen und Inzisionen wegen Geschwürs werden heute nur dann ausgeführt, wenn ganz besondere Verhältnisse eine solche eingreifende Operation angezeigt erscheinen lassen. Von allen diesen Operationsmethoden bringt Verf. auf einer Reihe von übersichtlichen Tabellen eingehende Statistiken.

Bei der Perforationsperitonitis, bei der eine Operation nur etwa in den ersten 10—12 Stunden Erfolg verspricht, steht es auch noch dahin, ob man gut tut, das Geschwür zu exzidieren oder nicht.

Bringt die Arbeit auch keine neuen Tatsachen, so dürfte doch die anschauliche Besprechung der Indikationen zum Operieren, der Vor- und Nachteile der verschiedenen Operationsmethoden und besonders die übersichtliche und ausgedehnte Statistik für jeden Interessenten von nicht zu unterschätzendem Werte sein.

E. Moser (Zittau).

---

11) **Horsley.** A contribution to the study of intestinal suture with a new method of intestinal union.

(Annals of surgery 1903. November.)

Die drei alten Forderungen für eine gute Darmnaht, daß 1) die serösen Flächen gut aneinander liegen müssen, 2) die Naht einen Teil der Submukosa mit einschließen muß, 3) endlich die beste Methode die ohne mechanische Hilfsmittel (Murphyknopf) ist, will Verf. durch die Forderung ergänzen, daß die Naht alle Schichten der Darmwand durchdringen muß. Er experimentierte an Hunden und fand dabei folgendes Nahtverfahren als das sicherste. Er benutzt eine gerade Nadel, geflochtenen Silk Nr. 2 und Fingerhut und bedient sich ausschließlich der fortlaufenden Naht. Nach Anlegung der Darmklammern Ausschneidung des entsprechenden Stückes Mesenterium in dreieckiger Form, Unterbindung der Gefäße desselben, Resektion des Darmes. Nun werden die dem Mesenterialansatz entsprechenden Darmränder von innen mit einer Arterienpinzette gefaßt und aneinander gehalten. Zwischen Pinzette und den aneinanderliegenden Darmwänden wird die erste, alle Schichten durchdringende Darmnaht angelegt, darauf der in die Darmlichtung ragende Sporn, welcher von der Zunge gehalten wird, abgetragen und die Wundränder wiederum durch eine alle Schichten fassende Naht vereinigt. Der nun noch nicht vereinigte Teil des Darmes wird jetzt durch zwei Lagen

einer alle Schichten durchdringenden Naht vereinigt; über dieses alles kommt noch eine nur bis zur Submukosa dringende Naht; zum Schluß wird der Mesenterialspalt vereinigt. Bei dieser Ausführung der Naht soll nach Beendigung derselben von den Fäden nichts zu sehen sein. Die Vorteile der Naht sollen außer ihrer absoluten Sicherheit in der Vermeidung einer zu großen Einstülpung der Darmwand ins Innere und einer dadurch bedingten Verengerung bestehen. Durch die 7 beigegebenen Abbildungen wird das Verständnis der Naht sehr erleichtert (Ref.). **Herhold** (Altona).

---

12) **E. Eliot.** The pathology and treatment of tardy postoperative intestinal obstruction with a report of cases.

(Med. news Vol. LXXXIII. Nr. 13.)

Der Autor bespricht unter Beibringung von 7 ausführlichen Krankenprotokollen den durch Verwachsungen hervorgerufenen postoperativen Ileus. Als prophylaktische Maßnahmen hebt er neben den allgemein üblichen hervor: 1) Einschränkung der Ligaturen in der Bauchhöhle, Verwendung von resorbierbarem Material. 2) Anregung der Peristaltik so früh wie möglich nach der Operation durch Einläufe oder kleine Kalomelgaben. 3) Häufige Lageveränderung durch abwechselnde Erhöhung von Kopf- und Fußende oder einer Seite des Bettes. **Kleinschmidt** (Kassel).

---

13) **J. C. Renton.** Case of excision of a portion of ileum with the coecum and ascending colon for tubercular diesease.

(Glasgow med. chirurg. society 1903. März 20.)

(Glasgow med. journ. 1903. Bd. LX. p. 427.)

Ein 14jähriges Mädchen erkrankte an eitriger Appendicitis. Als sich die Rekonvaleszenz verzögerte und eine Induration in der Umgebung des Blind- und aufsteigenden Dickdarmes sich ausbildete, wurde Tuberkulose vermutet und auch histologisch nachgewiesen. Resektion des unteren Ileum, Coecum und Colon ascendens. End-zu-Endvereinigung. Heilung, 18 Monate beobachtet. Kurz erwähnt wird noch ein zweiter Fall, der sich 15 Monate nach Resektion des tuberkulösen Coecum und Appendix wohl befindet.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

14) **Corner.** On the pathology and classification of intussusceptions with a resumé of those arising from the appendix coeci.

(Annals of surgery 1903. November.)

C. teilt die einfachen Intussusceptionen ein in: 1) enterische, wenn es sich nur um Dünndarm handelt, 2) ileokolische, wenn Dünndarm sich durch die Ileocoecalklappe stülpt, 3) ileocoecale, wenn die Ileocoecalklappe sich in das Kolon stülpt, 4) kolische,

wenn es sich nur um Dickdarm handelt. Nach von Treves, Sargent, Eccles herrührenden Statistiken ist die ileocoecale Intussusception die am häufigsten vorkommende. Nach des Verf.s Erfahrungen handelt es sich hierbei um einen Irrtum, da die ileocoecale Intussusception recht selten ist und oft ohne späteren anatomischen Nachweis unrechtmäßigerweise diagnostiziert wird. Nach ihm kommt am häufigsten die Intussusceptio colica vor. Von doppelten Intussusceptionen ist die gewöhnlichste die Intussusceptio ileocolica-colica, d. h. Einstülpung des Dünndarmes in die Coecalklappe, verbunden mit Einstülpung des letzteren ins Kolon. Bezüglich der einfachen und doppelten Intussusceptionen kommt er zu folgenden Schlüssen:

1) Doppelte Intussusceptionen sind häufiger als einfache.

2) Intussusceptio ileocolica-colica ist die häufigste von allen, dann folgt die enteric-ileocoecale.

3) Die einfache ileocoecale Intussusception ist die seltenste Form der einfachen Intussusception.

4) Die Intussusceptio ileo-colica ist die am häufigsten vorkommende Form der primären Intussusception.

5) Die Inversion beginnt bei der unter 4) genannten Form gewöhnlich im letzten Teile des Ileum.

6) Die sogenannte ileocoeale Form beginnt im letzten Halbzoll des Ileums oder im Coecum (Caput coli).

7) Die Auslösung der Dünndarminvagination bei der ileocoecalen Form ist der schwierigste Akt.

8) Sowohl bei Menschen wie bei Tieren kann die Ileocoecalklappe nicht für den Eintritt der Störung direkt verantwortlich gemacht werden.

Während die Intussusceptionen des Dünndarmes meist akute klinische Symptome machen, rufen die des Dickdarmes mehr chronische hervor. Kommt es bei Intussusceptionen zur Operation, so soll der Laparotomie eine Aufblähung der Därme vom Mastdarm aus vorhergehen.

Eine Schilderung der Mechanik bei der Inversion des Wurmfortsatzes in den Blinddarm und des Meckel'schen Divertikels in den Darm bilden den Schluß der lesenswerten Arbeit.

Herhold (Altona).

---

15) J. Goedhuis (Deventer). Atiologie und Symptomatologie der Dickdarmverengerungen.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 41—43.)

Unter Zugrundelegung des reichen Materiales der Klinik des Prof. Rotgans in Amsterdam gibt Verf. eine interessante Besprechung des in der Überschrift genannten Gebietes und teilt sehr zweckmäßig ein in 1) Ursachen außerhalb des Darmes (Geschwulst der Nachbarorgane, peritonitische Verwachsungen), 2) Ursachen in der Darmlichtung (Fremdkörper, Gallensteine, Skybala), 3) Ursachen in der

Darmwand (Narben, chronische Invagination, chronischer Volvulus, Neubildungen). Der Hauptwert seiner Arbeit liegt in der genauesten Besprechung der Symptome, die uns die Diagnose und Indikation zum operativen Eingriff bringen; hierbei unterscheidet er zweckmäßigerweise zwischen atypischen und typischen Fällen. Wichtig sind seine drei Kardinalsymptome der chronischen Darmstenose:

a. das jedesmal wiederkehrende Sichabzeichnen einer Darmschlinge oder einer Wellenbewegung auf immer derselben Stelle,

b. die jedesmal in derselben Gegend des Bauches wahrnehmbare tetanische Darmkontraktion,

c. das laut hörbare Plätschergeräusch, das jedesmal, und zwar während einer Beobachtungszeit von mehreren Tagen, an derselben Stelle hervorgerufen werden kann. **Schmieden** (Bonn).

---

16) **Géraud.** De quelques complications de l'anus contre nature et de leur traitement.

(Revue de chir. Année XXIII. Nr. 8.)

G. befaßt sich ausschließlich mit dem Vorfall aus dem widernatürlichen After, für welchen er den Namen »éversion« vorschlägt, den er für glücklicher hält, als die Bezeichnung »retournement«. Vor allem ist zu scheiden zwischen dem einfachen Vorfall des Schleimhautzylinders, welcher erhebliche Länge erreichen kann, und dem Austritte ganzer Schlingen.

Je nachdem bei der künstlichen Anlegung oder dem vorausgegangenen gangränösen Prozeß zwischen zu- und abführender Schlinge eine längere Brücke Darm am Gekrösansatz erhalten blieb, wird die Form des Vorfalles verschieden sein: das eine Mal stülpt sich die Hinterwand stark pilzförmig mit hervor und der Durchschnitt des ganzen bildet ein T, oder die beiden Schlingen werden in der Mitte zurückgehalten und weichen von hier aus wie die Schenkel eines L auseinander. Erst leicht reponibel, von normal frischroter Farbe, werden sie durch Entzündung ödematös, blau, irreponibel; tiefe Ulzerationen stellen sich ein, die zur Perforation mit tödlicher Peritonitis führen können (Quénu). Oder es wird der Vorfall ähnlich wie am Mastdarm — Sitz einer Hedrokele, und es kann — abgesehen von Erscheinungen des Darmverschlusses, die mitunter den entzündeten Vorfall begleiten — zu regelrechter Einklemmung kommen. Diese Komplikation wurde von Gosset beobachtet und durch Laparotomie geheilt. Die Krankengeschichte ist beigefügt.

Die Behandlung des Vorfalles wird verschieden sein müssen, je nachdem die Natur des ursprünglichen Leidens die Erhaltung des Kunstafters verlangt oder nicht. Während man im ersten Falle auf die einfache Resektion, event. mit Zuhilfenahme innerer Anheftung — Enteropexie — angewiesen ist, wird man im anderen den Kunstafter mittels Enteroanastomose oder End-zu-Endvereinigung beseitigen.

Christel (Metz).

---

17) **Lenormant.** Le prolapsus du rectum, causes et traitement opératoire.

Paris, G. Steinheil, 1903. 360 S. 13 Abbildungen im Text.

In dem ersten Kapitel wird die Anatomie und Pathogenese des Mastdarmvorfalles besprochen. L. schließt sich der Einteilung von Cruveilhier, der auch die von Ludloff entspricht, an und unterscheidet vier Hauptgruppen, deren anatomische und diagnostische Einzelmerkmale genau beschrieben werden. Die vier Gruppen sind: 1) Invagination de la muqueuse, 2) Invagination de la partie la plus inférieure du rectum à travers l'anus, 3) Invagination de la partie supérieure du rectum dans l'inférieure, 4) Précipitatation à travers l'anus d'une invagination de la continuitè de l'intestin. Unter den ätiologischen Momenten werden intraabdominale Drucksteigerungen und Lebensalter als die wichtigsten anerkannt, während Geschlecht, Rasse und Heredität keine ausgesprochene Rolle spielen; sehr eingehend sind hier die Erklärungen für die verschiedene Häufigkeit des Mastdarmvorfalles in den einzelnen Lebensaltern. Die Unsicherheit über die Pathogenese der in Frage stehenden Erkrankung ist nach L. darin begründet, daß wir über die normale Fixation des Mastdarmes und die Wichtigkeit der einzelnen Fixationsmittel noch nicht genügend unterrichtet sind. Es werden zunächst die verschiedenen Ansichten über die normale Befestigung einander gegenübergestellt und dabei auch eigene experimentelle Untersuchungen des Verf. wiedergegeben, nach denen die Zerstörung oder Schädigung des Beckenbodens als der Hauptfaktor für die Erzeugung experimenteller Vorfälle sich ergibt. Noch ungenügender ist die Kenntnis der pathologisch-anatomischen Veränderungen des Mastdarmes und seiner Nachbarschaft beim Vorfall, weil bisher naturgemäß nur sehr wenige Sektionen bei dieser Erkrankung gemacht und die vorliegenden Sektionsberichte zum größten Teil auch mangelhaft sind; die bekannt gewordenen Sektionsberichte werden vergleichend zusammengestellt. Übergehend zu den einzelnen Theorien, die bisher über die Pathogenese des Mastdarmvorfalles aufgestellt sind, teilt L. dieselben in drei Gruppen ein: 1) celle qui considère le prolapsus comme se développant de bas en haut, 2) celle qui incrimine l'insuffisance de suspension supérieure du rectum, 3) la théorie qui fait de la maladie une hernie périnéale primitive. Am wenigsten kann sich Verf. für die Ansicht Jeanel's begeistern, nach der infolge einer primären Rectitis die Aufhängebänder und Stützapparate des Mastdarmes paralytisch werden werden sollen, und er gibt aus der Summe der bisher veröffentlichten Fälle die entsprechenden Krankengeschichten als Stützen seiner Auffassung wieder; dagegen scheint ihm die dritte Theorie, die besonders von Ludloff vertreten wird, sehr viel für sich zu haben. Verf. will jedoch nicht die Pathogenese aller Vorfälle unter eine Theorie zwängen, sondern glaubt, daß die einzelnen Fälle pathogenetisch verschieden aufzufassen seien.

In dem zweiten Hauptabschnitt werden dann die einzelnen Methoden der chirurgischen Behandlung des Vorfalles ausführlich besprochen. Dabei sei erwähnt, daß L. eine eigene Methode der Myorrhaphie des Elevator ani angibt, die durch ihre streng anatomische Durchführung sehr für sich spricht. L. spricht sich für eine chirurgische Behandlung des totalen Mastdarmvorfalles der Erwachsenen unter allen Umständen aus, zumal es einfache Operationsmethoden mit nahezu 0% Mortalität gibt; für Kinder bis zum 10. Lebensjahre dagegen befürwortet er eine rein hygienische Behandlung ev. mit Unterstützung durch Massage, Elektrizität und Applikation von »pointes de feu« auf die Schleimhaut.

Im dritten Abschnitt werden die angegebenen Operationsmethoden kritisch beleuchtet. Kauterisation und elastische Ligatur werden verworfen. Die Resektion ist nach L. das allein Richtige bei allen, auch unter lokaler oder allgemeiner Anästhesie nicht reponiblen Vorfällen oder bei solchen, bei welchen Nekrosen und tiefgreifende Ulzerationen der Schleimhaut oder gar der tieferen Schichten bestehen, oder welche durch eine bösartige Geschwulst bedingt werden. Dagegen will L. Zehnder nicht beistimmen, wenn dieser sagt, daß bei jedem chronischen, auch reponiblen, habituellen Mastdarmvorfall die Resektion angezeigt sei, wenn ein weniger eingreifendes Verfahren nicht zum Ziele führt. Als beste Resektionsmethode empfiehlt Verf. die nach Mikulicz. Mit dieser kann die Operation nach Delorme und Juvara, d. h. die Resektion der Schleimhaut allein, nicht konkurrieren, schon wegen ihrer beschränkten Indikationsstellung, ganz abgesehen von der Mortalität von beinahe 19%. Als schwerwiegendstes Moment wird gegen die Resektion die relative Häufigkeit und Schwere später auftretender Strikturen geltend gemacht; dazu kommen noch 10% Mortalität und 7% Rezidive. Diesen Methoden sind durch ihre absolute Ungefährlichkeit quoad vitam überlegen die Rektopexie, Kolopexie und die perinealen resp. rektoperinealen Operationen. Die Rektopexie, zu deren Ausführung L. allein die Methode von G. Marchant empfehlen zu sollen glaubt, hat den Vorzug, daß bei ihr keinerlei spätere Folgeerscheinungen auftreten, daß sie eine vollkommen extrarektale, die Infektionsgefahr also sehr gering ist, und daß sie zugleich mit der Fixation die normale Lage des Mastdarmes zum After wieder herstellt. Vorwerfen könnte man ihr, daß die Fixation nur auf die Hinterfläche des Mastdarmes beschränkt ist, während Vorder- und Seitenflächen unversorgt bleiben, und daß sie die primäre Ursache nicht beseitigt in den Fällen, die sich nach der Theorie Ludloff's entwickelt haben. Die Kolopexie, die zurzeit wohl die bevorzugteste Methode ist trotz ihrer 19% Mißerfolge, hat den großen Vorteil, daß sie in keiner Weise die Funktionen von Mastdarm und After stört. Der Vorwurf der Gefährlichkeit kann nicht mehr gelten, da bei 68 ausgeführten Kolopexien kein Todesfall zu verzeichnen ist; ebenso lassen sich auch die anderen gegen sie erhobenen Einwände entkräften. L. er-

wartet eine Verminderung der Rezidive von Verbesserungen der Technik (Anheftung der Darmwand selbst gibt nur 10% Rezidive). Die rein perinealen und die rektoperinealen Operationsmethoden sind bisher in 15 Fällen ausgeführt, darunter 14 Heilungen, von den acht länger als ein Jahr beobachtet wurden. Trotz dieser günstigen Erfolge will L. diese Methoden nicht für sich allein angewandt wissen, sondern in Verbindung mit der Rektorrhaphie oder der Rektopexie resp. Kolopexie. Die Kombination dieser Verfahren ist für L. überhaupt die Idealoperation bei habituellem reponiblem Vorfall. Diejenigen Operationsmethoden endlich, welche sich allein auf After und Sphinkter erstrecken, sind seiner Ansicht nach nur geeignet, gelegentlich andere Operationsmethoden zu unterstützen. Dieses absprechende Urteil begründet Verf. besonders eingehend bei der Thiersch'schen Methode (Versenkung einer Silberligatur um den After herum), weil dieselbe jetzt sehr viel von deutschen Chirurgen angewandt wird.

Im letzten Abschnitt werden nun die Indikationen für die einzelnen Operationsverfahren und für ein operatives Eingreifen überhaupt noch eingehend besprochen unter Zugrundelegung der einzelnen klinischen Erscheinungsformen des Vorfalles, sowie der Begleit- und Folgeerscheinungen. Auf die Einzelheiten kann hier nicht weiter eingegangen werden, man wird aber L. Recht geben müssen, wenn er in seinem Schlußsatze verlangt, daß die Behandlung des Mastdarmvorfalles, im einzelnen Falle wechselnd, sich aufbauen müsse auf eine sehr genaue klinische Untersuchung.

Zum Schluß folgt eine Zusammenstellung der Krankengeschichten der 273 bisher veröffentlichten Fälle operativ behandelter Mastdarmvorfälle, geordnet nach den angewandten Operationsverfahren. Die Fälle, welche durch eine bösartige Geschwulst bedingt waren, sind dann noch einmal besonders zusammengestellt. Ein ausführliches Literaturverzeichnis macht den Beschluß. **Dettmer** (Bromberg).

Kleinere Mitteilungen.

18) **M. Chauvel.** De l'appendicite dans l'armée pendant les dernières années. Sur un point spécial de l'étiologie de cette affection.

(Bull. de l'acad. de méd. 67. ann. 3. ser. Nr. 35.)

In Ergänzung und zur Erläuterung einer früheren Statistik gibt C. eine Übersicht über die Erkrankungen und Behandlung an Appendicitis in der französischen Armee seit 1897. Von Interesse ist das Anwachsen der Zahlen operativ behandelter Fälle von 49 (mit 14% Todesfällen) 1897 zu 188 (mit 12,7% Todesfällen) 1902. Da erst seit 1901 die Appendicitis unter besonderer Nummer im Rapport geführt wird, konnte die absolute Häufigkeit derselben nur für kurze Zeit festgestellt werden; sie scheint geringer als im deutschen Heere (668 gegen 843), ihre Sterblichkeit nahezu die gleiche (5,2% [4,2%] gegen 3,24% nach Tobold). Das Interessanteste an den Mitteilungen ist das Ergebnis, daß bei den afrikanischen Truppen die Krankheit seltener ist, und zwar trat sie bei den Soldaten europäischer Abkunft bei etwa 0,64‰, bei den eingeborenen Truppen jedoch nur zu 0,14‰ auf

— gegen 1,26‰ der europäischen Garnisonen. C. glaubt in der veränderten Lebensweise, die bei den Eingeborenen Afrikas vorwiegend vegetarisch sei, die Ursache dieser auffallenden Differenz finden zu sollen. **Christel** (Metz).

19) **Riedel.** Die Resultate der Appendicitisoperationen in Jena während des letzten Semesters.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 47.)

R.'s Resultate haben sich, seitdem durch die behandelnden praktischen Ärzte die Appendicitisfälle rechtzeitig, d. h. früh der Jenenser chirurgischen Klinik überwiesen werden, ganz außerordentlich verbessert. So sind von den letzten 89 Fällen nur 3 mit Perforationsperitonitis eingelieferte gestorben, die übrigen 86 im akuten Stadium oder intermediär operierten alle durchgekommen. Von den 62 Kranken mit eitrigen Prozessen wurden mit Entfernung des Wurmfortsatzes 42 einzeitig, 20 zweizeitig operiert; letztere zweizeitige Operationen sind in neuerer Zeit infolge frühzeitigen Zuganges der Kranken immer seltener geworden. R. erhofft, daß die Todesfälle in Zukunft noch mehr sich vermindern werden, wenn die Laienwelt besonders über die ersten Anzeichen der Krankheit aufgeklärt und für raschen und guten Transport der Kranken nach den Krankenhäusern gesorgt sein wird. Freilich wird auch bei schleunigster Operation der Tod nicht immer verhütet werden können, weil gelegentlich die Perforation einer nicht verwachsenen Appendix ganz unerwartet erfolgt. Das Ideal der Behandlung: »Exstirpation des entzündeten, vereiterten, gangränösen Fortsatzes vor der Perforation, vor der Bildung eines Abszesses« muß in immer mehr Fällen erreicht werden. Man soll mit der Operation nicht warten, bis sich Vermehrung der weißen Blutkörperchen nachweisen läßt, sondern operieren, bevor sie sich vermehren; dann wird nur noch ausnahmsweise der Tod an Appendicitis erfolgen. **Kramer** (Glogau).

20) **R. F. Weir.** Some unusual cases of appendicitis.

(Arch. internat. de chirurgie Vol. I. Fasc. 2.)

Die mannigfachen Überraschungen, die dem Operateur bei der Behandlung der Appendicitis begegnen, sind es, die diese Erkrankung zu einer so interessanten machen. Da gerade an den atypisch verlaufenden Fällen am meisten zu lernen sei, will Verf. über eine Anzahl solcher Fälle berichten.

In dem ersten Falle war die Spitze eines entzündeten und enorm vergrößerten Wurmfortsatzes in der Gegend der Wirbelsäule festgewachsen und hatte zu einer schweren Darmeinklemmung geführt, die durch Operation mit Erfolg beseitigt worden war.

In einem zweiten Falle war ein eingeklemmter Schenkelbruch diagnostiziert worden. Bei der Operation fand sich ein mit Bruchwasser gefüllter, sonst leerer Bruchsack und daneben eine akute Appendicitis.

Die dritte Beobachtung betrifft einen brandigen eingeklemmten Wurmfortsatz. Radikaloperation der Hernie. Heilung.

In einem weiteren Falle hatte ein cystisch entarteter, $4\frac{1}{2}$ Zoll langer und $\frac{1}{2}$ Zoll breiter Wurmfortsatz zu der Fehldiagnose »Ovariencyste« Veranlassung gegeben. Die betreffende Pat. war mehrere Jahre vorher wegen einer solchen operiert worden.

Nach einer im intermediären Stadium ausgeführten Resektion der Appendix hatten die Anfälle nicht nachgelassen. Bei der Operation fand sich in der Narbe der Blinddarmwand eine kleine Geschwulst, die durch eine chronische Entzündung des versenkten Stumpfes entstanden war. W. empfiehlt deshalb eine gründliche Zerstörung der Schleimhaut des Wurmfortsatzstumpfes mittels Paquelins. Dieses Verfahren sei sicherer als die ebenfalls geübte Einstülpung des Stumpfes *ohne* vorhergehende Abbindung.

In einem weiteren Falle hatte ein auffallend kurzer ($\frac{1}{2}$ Zoll) Wurmfortsatz zu einer Reihe außerordentlich schwerer Anfälle bei einem 59jährigen Manne Ver-

anlassung gegeben. Trotzdem erwies sich der Wurmfortsatz bei der Untersuchung als fast vollständig gesund.

Einen Fall von Appendicitis mit allgemeiner Peritonitis benutzt Verf., um auf den Wert der Kochsalzinfusionen bei derartigen Allgemeininfektionen hinzuweisen. Er gibt den Rat, nicht mehr als 1—1½ Liter zurzeit zu infundieren und der Salzlösung 5% Glukose und 10—15 Tropfen einer 0,1%igen Adrenalinlösung zuzusetzen; das letztere, um die Wirkung der Infusion zu verlängern.

Die letzte Beobachtung betrifft einen 32jährigen Mann, der 13 typische Anfälle durchgemacht hatte. Bei der Operation fand sich an der Spitze des entzündeten Wurmfortsatzes ein kleiner Knoten, der sich als ein Adenokarzinom entpuppte. 3jährige Rezidivfreiheit. **Engelmann** (Dortmund).

21) H. C. Cameron. Appendix showing cystic dilatation and stricture.

(Glasgow med. journ. 1903. Bd. LX. p. 423.)

Der nach drei Anfällen im Intervall entfernte Wurmfortsatz war in seinem basalen Ende frei, mit seinem peripheren aber in Verwachsungen eingebettet. Dieser Teil bildete eine cystische Geschwulst; auf einem Längsschnitte durch diese ergab sich folgendes: Hinter einer etwa in der Mitte des Processus gelegenen Striktur war das blinde Ende erweitert und mit einer klaren, schleimigen Flüssigkeit gefüllt. Von der Lichtung des Wurmfortsatzes getrennt und mit ihr nur durch eine kleine Öffnung kommunizierend saßen der Wand außen zwei Cysten auf, gefüllt mit einer geleeartigen Eitermasse. **M. v. Brunn** (Tübingen).

22) A. Evans. The vermiform appendix adhaerent in a hernial sac and simulating an encysted hydrocele of the cord.

(Lancet 1904. Januar 30.)

Bei der Operation des 3½jährigen Knaben fanden sich in dem Bruchsacke der Blinddarm und der daran hängende Wurmfortsatz, dessen unteres Ende mit der Spitze des Bruchsackes verwachsen war. Der Blinddarm war stets reponibel gewesen, während der Anhang wegen der Verwachsungen natürlich im Bruchsack verblieb. Diese Verhältnisse machten ganz den Eindruck einer reponiblen Hernie, kombiniert mit einer Hydrokele des Vas deferens. Ein angelegtes Bruchband pflegte trotz guten Sitzes dem kleinen Knaben viel Beschwerden zu machen.

H. Ebbinghaus (Paris).

23) G. Michel et G. Gross. Fistule appendiculo-vésicale vraie.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 34.)

Der Fall betrifft eine 20jährige Frau, welche einen Anfall einer akuten Appendicitis durchgemacht hatte. Schon wenige Tage nach dem initialen Schüttelfrost wurden im Urin übelriechende Massen beobachtet. Offenbar war der Wurmfortsatz schon vorher an die Blase angelötet; denn etwa 6 Wochen vor diesem Anfalle hatte die Kranke nach einer rechtzeitig erfolgten Geburt einen Puerperalfieberanfall durchgemacht. Nur so ließ sich das Fehlen von periappendikulären Verwachsungen, welches bei der Operation gefunden wurde, erklären. Die Fälle, in denen der Wurmfortsatz direkt, ohne Vermittlung einer Abszeßhöhle, in die Blase mündet, sind selten. **W. Sachs** (Mülhausen i. E.).

24) C. Thoenes. Über Bauchfelltuberkulose.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 50.)

Eine statistische Zusammenstellung der in der Literatur verzeichneten Dauerheilungen nach Operation der Bauchfelltuberkulose einschließlich der dem Verf. zur Verfügung gestellten Fälle, solcher von Kümmell und Braun (Göttingen), ergibt im Mittel 54,1% gegenüber 48,2% bei intern konservativer Behandlung. Berücksichtigt man noch, daß die schwereren Fälle zur Operation gelangten, während die leichteren intern behandelt wurden, daß die serös-exsudativen Formen

viel größere Heilungsaussichten nach der Operation zeigten, als die adhäsiven Prozesse, so stellt sich das statistische Resultat zu gunsten chirurgischen Eingreifens noch günstiger. **Kramer** (Glogau).

25) **J. P. Tessier.** Un cas de guérison de tétanos aigu avec étranglement herniaire.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 40.)

Ein 56jähriger Gärtner wurde am 10. Tage eines mit subkutaner Injektion von Antitoxin behandelten Tetanus von einer Brucheinklemmung befallen. Obgleich die Starrkrampfsymptome keine Aussicht auf Besserung zu bieten schienen, wurde die Herniotomie unternommen unter lokaler Anwendung von Kokain, bei dessen Injektion heftigster Opisthotonus eintrat. Der Kranke genas.

W. Sachs (Mülhausen i. E.).

26) **L. v. Schmarda.** Zur Kasuistik der Unterleibsbrüche. (Aus der II. chirurg. Universitätsklinik in Wien.

(S.-A. aus Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen Chirurgie, dem Andenken Hofrat Prof. Dr. Carl Gussenbauer's gewidmet von seinen dankbaren Schülern.) Wien, **Wilhelm Braumüller,** 1903. 39 S.

v. S. berichtet über 13 Darmwandbrüche; 7 betrafen Schenkel-, 4 Leistenbrüche; einer wurde in einer Hernia obturatoria, einer in einem Nabelbruche beobachtet. Nur in einer der Leistenhernien war der seltene Befund eines freien Darmwandbruches zu erheben. Alle übrigen Fälle waren eingeklemmte Wandbrüche und boten meist die Erscheinungen des Darmverschlusses, so daß sich die Symptome nicht wesentlich von denen eingeklemmter Darmschlingenbrüche unterschieden. In einem der Schenkelbrüche war ein Wandteil des Blinddarmes neben dem mit dem Bruchsacke verwachsenen Processus vermiformis eingeklemmt, wofür Verf. nur zwei analoge Fälle der Literatur anführen kann, bei denen jedoch der Wurmfortsatz unbeteiligt war. In den übrigen Fällen lag Dünndarmwand vor.

Die Fortsetzung der Arbeit bildet eine Gruppe von 23 Brüchen, die Teile des Dickdarmes enthielten, unter ihnen vier Leistenbrüche und ein Schenkelbruch mit dem Wurmfortsatz als einzigem Inhalt. In zwei dieser Fälle bestand anatomisch wirkliche Einklemmung (nicht etwa akzidentelle Appendicitis im Bruchsack), die einmal eine sogenannte retrograde (Maydl) war. Dieser Fall ist bereits in einer Arbeit von Pupovac (Referat s. dieses Zentralblatt 1900 p. 1035) zusammen mit einer Beobachtung von retrograd eingeklemmtem Netzstrange beschrieben, welch letzterer v. S. noch eine neue ganz ähnliche anreiht.

Zum Schluß teilt Verf. die Kranken- und Operationsgeschichte eines angeborenen linksseitigen Leistenbruches mit Tube und Ovarium und einem Teile des Lig. latum als alleinigem Inhalt mit. **Gutzeit** (Neidenburg).

27) **S. Petrulis.** Einige Veränderungen der Radikaloperation des Leistenbruches.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

Im 1. Teile berichtet P. über die Resultate der von Rasumowski (cf. Zeichnungen im Zentralblatt für Chirurgie 1698 Nr. 44) angegebenen Methode ohne versenkte Nähte.

Die 52 Pat. (mit 56 Hernien) fieberten »gewöhnlich« 4 bis 6 Tage bis 38,5. Wenn man von Rötungen um die Nähte und fast regelmäßigem Decubitus durch sie absieht, trat prima intentio ein mit Ausnahme von 4 Fällen, die z. T. vereiterten, also 6—8% Infektionen.

33 Pat. konnten auf Residive untersucht werden, von denen 19 2 Jahre und länger nach der Operation waren. Es fanden sich 3 Residive, davon 2 (nach 1 resp. 3 Jahren) nach Primaheilung.

Im Laufe der Zeit hat Rasumowski die Anwendung seiner Methode auf kleine und mittelgroße Hernien bei Kindern und jüngeren Individuen beschränkt.

Im 2. Teile wird empfohlen, den Bruchsack, falls er dünn und nicht narbig verändert ist, vollständig zurückzulassen, nachdem lediglich sein Hals am inneren Leistenringe reseziert ist. Rasumowski hat mit diesem Verfahren bei 21 Fällen in 71% komplikationslosen Wundverlauf erzielt. In den übrigen Fällen kam es z. T. zu Flüssigkeitsansammlungen im zurückgebliebenen Bruchsack.

V. E. Mertens (Breslau).

28) **C. Greene-Cumston.** Contribution à l'étude des hernies epigastriques.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 33.)

Verf. teilt 7 eigene operativ behandelte Fälle mit und bespricht kurz die Ätiologie, Symptome und Therapie. Gegenüber der häufig aufgestellten Behauptung, daß die Hernien der Linea alba vorwiegend bei arbeitenden Männern vorkommen, ist es bemerkenswert, daß unter den 7 Kranken des Verf.s nur 2 Arbeiter vorkommen. Ref. hat bei 2 Kindern im Alter von 2—4 Jahren neben je einem Nabelbruch 2 resp. 3 kleine Hernien der Linea alba beobachtet. Dieselben sind nur erbsen- bis bohnengroß und beweisen das Vorkommen aus angeborener Anlage. In Übereinstimmung mit dem Verf. kann Ref. auf Grund von 3 Beobachtungen an Erwachsenen bestätigen, daß die Beschwerden — besonders bei Füllung des Magens — ganz außerordentliche sein können, daß sie oft in gar keinem Verhältnis zur Geringfügigkeit des äußeren Befundes stehen, und daß die Radikaloperation eine einfache und äußerst dankbare ist.

W. Sachs (Mülhausen i. E.).

29) **G. Lotheissen (Wien).** Über Nabelschnurbruch.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 42.)

L. unterscheidet drei Typen: 1) den Nabelschnur-Bauchbruch, 2) den eigentlichen Nabelschnurbruch, 3) den Divertikelbruch. Er operierte mit bestem Erfolg ein einen Tag altes Kind mit einem apfelgroßen Nabelschnurbruch, in welchem man durch die dünnen Decken hindurch schon vor der Operation Blinddarm, Wurmfortsatz und eine Reihe von Dünndärmen erkennen konnte. Mit anderen Mißbildungen war das Leiden in diesem Falle nicht kombiniert.

Die Prognose der Operation gestaltet sich auf Grund der Statistik so, daß 70,6% durch Operation geheilt wurden, 29,4% starben. **Schmieden** (Bonn).

30) **E. Fuchsig.** Zur Frage der diffusen septischen Magenblutungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 25.)

Bei einem 13jährigen Knaben, der im Anschluß an eine Angina an einer phlegmonösen Appendicitis erkrankte (Streptokokken in der Exsudatflüssigkeit, Resektion des Proc. vermiformis) trat 7 Tage nach der Operation eine tödlich verlaufende Magenblutung auf.

Die Untersuchung der Magenschleimhaut ergab neben den in der Schleimhaut liegenden, fast diffusen, punktförmigen, namentlich auf den Faltenhöhen deutlichen Hämorrhagien auch die als hämorrhagische Erosionen bekannten Epitheldefekte. Wirkliche Ulzerationen fehlten. Nirgends wurden Thromben in den Kapillaren gefunden, auch konnten nirgends Bakterien in Schnitten nachgewiesen werden.

F. nimmt an, gestützt auf die mikroskopischen Präparate, daß nicht die Schleimhautnekrose das Primäre ist, wie Nitzsche will, sondern daß auch in der Magenschleimhaut wie anderwärts bei septischen Blutungen die Toxine die Gefäßwand angreifen. Sekundär kann es dann auch zur Geschwürsbildung kommen.

»Unklar bleibt die Art der Wirkung der Toxine auf die Kapillaren. Man wird auch hier annehmen müssen, daß die Alteration eine Durchlässigkeit der Kapillarschlingen für die roten Blutzellen bewirkt und die Blutungen vielleicht als hochgradige Diapedese auffassen können.« **Hübener** (Dresden).

31) **Steele** and **Francine.** Two years experience in gastroptosis.
(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1903. Dezember.)

Bei primärer, unkomplizierter Gastroptose ist die Operation angezeigt 1) wenn die soziale Stellung des Kranken eine langdauernde Behandlung nicht erlaubt, 2) wenn es sich bei längerer Beobachtung zeigt, daß nach Weglassen der Bandage die Beschwerden immer wieder auftreten. Geeignete Leibbinden halten den Magen nur so lange, als sie getragen werden, in besserer Lage; in 28 Fällen, welche 1 Jahr lang so behandelt wurden, fand sich der Magen genau in gleicher Lage wie vor der Behandlung. Trotzdem werden durch eine solche rein orthopädische Behandlung die Beschwerden gewöhnlich sehr verringert und waren nach einem Jahre fast immer ganz geschwunden; sie stellten sich jedoch mit wenigen Ausnahmen nach Weglassen der Bandage wieder ein. Mitteilung von 28 Krankengeschichten. **Mohr** (Bielefeld).

32) **Hammer** (Heidelberg). Ein Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung der Gastroptose.
(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 47 u. 48.)

Bei einer 72jährigen Pat. mit starker Kyphoskoliose hatte sich ein schweres Magenleiden entwickelt, welches die Kranke immer mehr herunterbrachte und allen Mitteln trotzte. Eine krebsige Verengerung des Pylorus konnte ausgeschlossen werden; dagegen bestand Verdacht auf eine gutartige Pylorusstenose durch Knickung des Duodenums, die durch abnormen Tiefstand des Magens infolge der Kyphoskoliose bedingt wäre. Bei der Operation fand sich der Pylorus kontrahiert, keine organische Stenose, der Magen mäßig erweitert, aber enorm tiefstehend infolge der Deformität der Wirbelsäule. Die Gastroenterostomie (Jordan) wurde von der Pat. gut überstanden und beseitigte alle ihre Beschwerden, so daß sich die Kranke, an Gewicht um 12 kg zunehmend, glänzend erholte.
Kramer (Glogau).

33) **A. W. M. Robson.** On hourglass stomach from a personal experience of 23 operations.
(Lancet 1904. Januar 2.)

Die Erfahrungen des bekannten Chirurgen von der Leeds Infirmary über Sanduhrmagen. Derselbe kann nach Verf. aus drei Ursachen entstehen: Dem chronischen Geschwür, der adhäsiven Perigastritis und dem Karzinom. Der angeborene Sanduhrmagen ist nach Verf., ebenso wie die angeborenen Pylorusstrikturen, sehr selten. Bei 1000 Operationen in der oberen Bauchgegend und 400, die am Magen selbst ausgeführt wurden, sah Verf. keinen einzigen Fall von angeborenem Sanduhrmagen. In vier von den 23 Fällen des Verf. war Karzinom die Ursache der Anomalie, in allen übrigen chronisches Geschwür mit oder ohne perigastritische Verwachsungen. Die Symptome werden mit dem Fortschreiten der Erkrankung deutlicher; die Konstriktion kann an verschiedenen Stellen sitzen, meist sitzt sie ca. 4 Zoll vom Pylorus entfernt; daher ist der proximale Magenteil mehr ausgedehnt. Oft ist der Pylorus zu gleicher Zeit verengert; je näher die Konstriktion an der Cardia gelegen ist, desto weniger ausgesprochen sind die Zeichen von Gastrektasie. Zur Diagnosenstellung ist die Aufblähung des Magens mit Kohlensäure gut zu verwerten, wobei sich sehr häufig erst die eine, dann die andere Magenseite aufbläht. Beim Auswaschen des Sanduhrmagens findet man häufig, daß zunächst ganz reines Spülwasser abläuft; spült man nach ganz kurzer Zeit wieder, so kommt nun reichlicher stagnierter Mageninhalt zutage. Ein drittes Symptom, von Wölfler angegeben, besteht darin, daß die Spülflüssigkeit oft nicht wieder zurückkommt, da sie gleich in den zweiten Magenteil hineingespült wird.

Was die Therapie angeht, so kann sie natürlich nur eine operative sein. Wenn die Striktur mehr in der Mitte des Magens lag, machte Verf. die Gastro-

plastik, hier und da kombiniert mit Pyloroplastik. Wenn die Einschnürung nicht sehr eng und die zweite Magenhälfte nicht sehr groß ist, dann dürfte nach Verf. die hintere Gastroenterostomie die Operation der Wahl sein, während die Gastroenterostomia anterior Verf. nicht empfehlenswert erscheint. Wo beide Magenteile gleichmäßig ausgedehnt sind und die Striktur breit ist, da ist nach Verf. die Gastro-Gastrostomie angebracht, event. bei gleichzeitiger Pylorusverengerung mit hinterer Gastroenterostomie verbunden. Bei Karzinomsanduhrmagen bleibt als Operation nur die Gastroenterostomie und die Magenresektion. — Sämtliche 23 Krankengeschichten sind den interessanten Ausführungen angefügt. Was die Resultate angeht, so genasen die elf Pat. mit einfacher Gastroplastik sämtlich, ein Pat. mit Gastro- und Pyloroplastik und einer mit vorderer Gastroenterostomie starben; alle sechs Pat. mit hinterer Gastroenterostomie genasen ebenfalls. Von den vier Fällen mit krebsigem Sanduhrmagen genasen resp. erholten sich drei (zwei Magenresektionen und eine hintere Gastroenterostomie); ein Pat. mit vorderer Gastroenterostomie starb am 10. Tage. — Der bekanntlich vom Verf. angegebene, nach Art des Murphyknopfes anzuwendende Knopf aus dekalziniertem Knochen fand durch Verf. ausgedehnte Verwendung bei den Operationen.

H. Ebbinghaus (Paris).

34) **F. Krause.** Erfahrungen in der Magenchirurgie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 47 u. 48.)

Der Bericht über 79 Magenoperationen, die Verf. während der 2½ Jahre seiner Berliner Tätigkeit ausführen konnte, läßt erkennen, daß K.'s Erfolge nicht schlechter als die anderer Chirurgen, und daß die vielen schönen Resultate seiner scharfen Indikationsstellung und der zweckmäßigen Auswahl der Operationsmethoden zu verdanken sind. 8 Gastrostomien, 45 Gastroenterostomien, 14 Magenresektionen, 7 Jejunostomien, 2 Exzisionen eines Magengeschwürs, 3 Pyloroplastiken wurden ausgeführt, und zwar in 15 Fällen die Gastroenterostomie wegen gutartiger Erkrankung mit keinem Todesfall, in 29 Fällen bei Karzinom des Magens mit 14 Todesfällen = 48% Mortalität. Nach 12 wegen Karzinom ausgeführten Magenresektionen starben 3 Kranke; 2 wegen gutartiger Affektionen vorgenommene Magenresektionen führten zur Heilung (= 28,6% Mortalität bei 14 Resektionen). Die Pyloroplastik führte in allen 3 Fällen zur Heilung. Die Exzision des Magengeschwürs wurde einmal mit tödlichem, einmal mit günstigem Ausgang ausgeführt.

Genaue statistische Angaben sind der ausführlichen Arbeit des Dr. Dario Maragliano in den Bruns'schen Beiträgen vorbehalten. Die hohe Zahl der Mortalität bei der Gastroenterostomie erklärt sich aus der sehr weiten Indikationsstellung des Verf. beim Magenkrebs.

Bei Perforation des Magengeschwürs sucht K. durch Laparotomie die Quelle der Peritonitis aufzudecken und zu versorgen, die Peritonealhöhle zu reinigen. Bei den durch Anreißen eines größeren Gefäßes entstehenden Blutungen des Magens schreitet er nur dann zur Operation, wenn der Kranke noch nicht zu sehr geschwächt ist. Bei kleineren, sich öfter wiederholenden Blutungen hält er sich berechtigt, operativ einzugreifen, sobald eine streng durchgeführte und rationelle innere Behandlung versagt hat und der Organismus außer stande erscheint, die schweren Folgen des Leidens weiter zu ertragen. K. macht dann die Gastroenterostomia antecolica mit Braun'scher Anastomose, und zwar ohne Murphyknopf. In besonders schweren Fällen von Magengeschwür, in denen trotz der Gastrojejunostomie der Magen nicht das Geringste an Speisen verträgt, legt er eine Jejunostomie in der Nähe der Enteroanastomose an (Witzel'sche Schrägfistel).

Bei der Resektion des Magens wendet K. im allgemeinen die zweite Billroth'sche Methode an, und zwar führt er bei Kranken, die dermaßen in ihrem Kräftezustand herabgekommen sind, daß man einen großen Eingriff nicht wagen darf, in der ersten Sitzung nur die Gastrojejunostomie aus und reseziert, wenn der Kranke sich genügend erholt hat.

Bei inoperablem Magenkrebs verwirft K. im allgemeinen die Jejunostomie, weil der Kranke durch die äußere Fistelbildung fortdauernd an sein unheilbares Leiden erinnert wird und sich unglücklich fühlt. In Fällen, in denen kein ausreichender Platz für die Anlegung einer Gastroenterostomie wegen der weiten Ausdehnung des Karzinoms vorhanden ist, beschränkt er sich im allgemeinen auf die Probelaparotomie und schlägt die den Symptomen angemessene innere Behandlung ein.

Bei größeren Magenoperationen zieht er die allgemeine, aber häufig unterbrochene Narkose der Schleich'schen Infiltrationsanästhesie vor. — Zur Desinfektion der Hände verwendet er seit 14 Jahren ausschließlich Wasser und Seife und 1‰iges Sublimat. In die Wunden kommt nicht das geringste Antiseptikum.

Langemak (Erfurt).

35) **G. A. Syme.** Carcinoma of the duodenum, resection, recovery.

(Lancet 1904. Januar 16.)

Verf., Chirurg an der Universität Melburne, resezierte mit Erfolg den dritten Duodenalabschnitt bei einem sehr kachektischen, 40 Jahre alten Farmer wegen eines (später mikroskopisch bewiesenen) scirrhösen Karzinoms; gleichzeitig nahm er die umgebenden infiltrierten Drüsen mit fort. Eine Geschwulst war vorher nicht fühlbar gewesen, es bestanden die klinischen Symptome eines Pyloruskarzinoms. Die Operation, die nur mit ein paar Worten geschildert ist, geschah durch Laparotomie in der Mittellinie; nach Resektion des Darmes mit Umgebung zwischen Kocher'schen Klemmen wurde eine direkte End-zu-Endvereinigung mit zweireihiger fortlaufender Seidennaht hergestellt. 2 Monate nach der Operation sah Verf. den Mann nochmals wieder; derselbe befand sich wohl und wies erhebliche Gewichtszunahme auf. **H. Ebbinghaus** (Paris).

36) **H. Hilgenreiner.** Entzündung und Gangrän des Meckel'schen Divertikels.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 1.)

Verf. teilt zunächst aus der Prager chirurgischen Klinik zwei Fälle von Entzündung des Meckel'schen Divertikels mit. Der eine Fall, eine rezidivierende chronische ulzeröse Diverticulitis kam durch Resektion des Divertikels, zur Heilung, während im zweiten Falle infolge allgemeiner Peritonitis noch während der Operation der Tod erfolgte. Im Anschluß an diese Beobachtungen und unter Berücksichtigung einer reichen Literatur werden die entzündlichen Prozesse im Divertikel hinsichtlich der Ätiologie (Fremdkörper, Darmparasiten, Traumen, Infektion, Verlagerung in einen Bruchsack), der pathologischen Anatomie, der klinischen Symptome, der Prognose, Diagnose und Therapie eingehend besprochen.

Bei der Gangrän des Divertikels unterscheidet Verf. solche durch Strangulation, für welche ein Fall der Prager Klinik als Beispiel angeführt wird, durch Volvulus, bei Darmeinklemmung unter dem fixierten Darmanhange, durch Knotenbildung des Divertikels, bei Knickung des Darmes durch Zug und bei Invagination.

Am Schluß seiner Ausführungen weist Verf. auf die oft außerordentliche Ähnlichkeit in Anamnese und klinischem Bilde zwischen Entzündung und Gangrän des Divertikels hin. In manchen Fällen läßt sogar eine direkte Einsichtnahme bei der Operation oder der Obduktion eine Scheidung nicht treffen, da der Endstatus bei beiden Prozessen oft der gleiche ist. **Blauel** (Tübingen).

37) **Murray.** Idiopathic dilatation of the colon.

(Annals of surgery 1903. November.)

Es handelt sich um einen kleinen, 4jährigen Pat., welcher stets an Stuhlverhaltung und Auftreibung des Leibes gelitten hatte, so daß Stuhl nur durch Abführmittel zu erreichen war. Als der Kleine 3 Jahre alt war, hatte sich eine derartige Auftreibung des Leibes und eine so hochgradige Stuhlverhaltung ein-

gestellt, daß wegen Verdachtes auf Unterleibstuberkulose die Laparotomie ausgeführt wurde. Trotz negativen Befundes besserte sich zunächst der Zustand, nach einem Jahre traten jedoch wieder derartige Beschwerden ein, daß Verf. abermals die Laparotomie bei dem nun im 4. Lebensjahre stehenden kleinen Pat. vornahm. Es fand sich nach der Eröffnung der Bauchhöhle eine hochgradige, den ganzen Dickdarm vom Blind- bis zum Mastdarme betreffende enorme Darmaufblähung. Durch Einführen eines Mastdarmspiegels gelang es, den geblähten Darm zum Zusammenfallen zu bringen. Hauptsächlich war gedehnt die Flexura sigmoidea und das Colon descendens, an einer Stelle betrug die Weite der Darmlichtung 6 Zoll im Durchmesser. Verf. resezierte die Flexura sigmoidea und den oberen Teil des Colon descendens und vernähte das Colon transversum mit dem oberen Teile des Mastdarmes. Der Kleine überstand die Operation gut und war für die Folge von seinen Beschwerden befreit.

Verf. weist darauf hin, daß es sich in dem vorliegenden Falle nicht um ein mechanisches Hindernis, sondern um eine Störung in der Darmwandstruktur oder der Darmnerven handelte, welche es dem Darm unmöglich machte, seinen Inhalt weiter zu treiben. **Herhold** (Altona).

38) **Pankow.** Über einen Fall von spastischem Ileus. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Jena.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 45.)

Bei der 40jährigen Pat. traten am 8. Tage nach Exstirpation der Gebärmutter wegen Myom und der dilatierten rechten Niere (wegen drohender Harnleiternekrose) Ileuserscheinungen ein, die die Wiedereröffnung der Bauchhöhle und die Anlegung eines künstlichen Afters am Colon transversum, oberhalb des fest kontrahierten Colon descendens und S romanum notwendig machten. Eine Drehung oder Abschnürung des Darmes war nicht vorhanden; ebenso fehlte eine Peritonitis. Aus dem Kunstafter gingen in den nächsten Tagen Kot und Winde reichlich ab; ein Versuch, jenen zu schließen, führte von neuem zu Ileuserscheinungen, so daß der künstliche After wieder hergestellt werden mußte. Wochenlang erfolgten die Darmentleerungen nur durch diesen; die in den Mastdarm eingeführte Flüssigkeit lief nicht durch den künstlichen After wieder ab. Erst von der 8. Woche ab wurde das Colon descendens allmählich wieder durchgängig, erfolgte der Abgang von Stuhlgang durch den Mastdarm, so daß nach weiteren 6 Wochen der Kunstafter geschlossen werden konnte. Es scheint sich demnach in dem Falle wirklich um einen spastischen Ileus reflektorischer Natur gehandelt zu haben, der vielleicht durch eine — infolge der bei der Myomauslösung geschehenen Mesenterialverletzungen entstandene — Geschwürsbildung der Darmwand ausgelöst wurde.

Kramer (Glogau).

39) **Bloodgood.** Intestinal obstruction following operation for reducible left inguinal hernia.

(Annals of surgery 1903. Dezember.)

B. erscheint es bemerkenswert, daß bei den zahlreich ausgeführten Bauchoperationen so äußerst selten ein Fall von innerem Darmverschluß beobachtet wird, obwohl zwischen dem abgeschnürten Bruchsack einerseits und Netz und Eingeweiden andererseits Verwachsungen sehr leicht entstehen können. Er hat einen einschlägigen derartigen Fall beobachtet. Im Anschluß an die Operation eines direkten Leistenbruches trat Erbrechen ein; dasselbe hielt länger als 48 Stunden an, hinzu gesellte sich Verschwinden der Leberdämpfung infolge der Auftreibung des Leibes, ferner ein Anstieg der Leukocytenzahl von 12000 auf 16000. Bei der nunmehr vorgenommenen Laparotomie wurde ein Einschnürungsring am Ileum angetroffen, nach oben von demselben starke Blähung, nach unten starke Verengerung des Darmes. Nach Hervorholen dieses Darmteiles glich sich die Einschnürung sowohl wie die Darmenge und Darmweite schnell wieder aus; der Darm konnte reponiert werden. Jetzt trat ungestörter Heilungsverlauf ein. Verf.

weist darauf hin, daß es nicht immer leicht sei, einen falschen Darmverschluß (durch vorübergehende Darmparalyse) von einem wahren Darmverschluß (durch mechanische Behinderung) frühzeitig nach Operationen zu unterscheiden. Die Erhöhung der Leukocytenanzahl soll ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel in diesen Fällen sein, indem sie auf das Vorhandensein eines wahren Darmverschlusses hinweist.

Herhold (Altona).

40) Pollack. Beiträge zur Kenntnis des tuberkulösen Ileocoecaltumors.

Inaug.-Diss., Breslau, 1903. 56 S.

Verf. gibt eine eingehende Darstellung der pathologischen Anatomie, klinischen Symptome, Diagnose und Therapie des tuberkulösen Ileocoecaltumors und teilt die Kranken- und Operationsgeschichten von 20 Fällen der Breslauer chirurgischen Klinik mit.

Die Mehrzahl derselben (Nr. 10—20) wurde nach v. Mikulicz' Resektionsmethode operiert (I. Ablösung und Vorlagerung der Geschwulst vor die geschlossene Laparotomiewunde, II. Abtragung, III. Verschluß des widernatürlichen Afters).

In einem Falle (Nr. 9) wurde der Blinddarm durch Enteroanastomose zwischen Ileum und Colon ascendens ausgeschaltet, mit seinen offenen Enden zunächst nach außen gelagert und in einer zweiten Sitzung exstirpiert. P. legt die Nachteile dieses Verfahrens gegenüber der v. Mikulicz'schen Operation klar.

Nr. 5—8 wurden einseitig reseziert, Nr. 8 etwas atypisch, indem ein Stück des ausgeschalteten Darmes erst später entfernt wurde; aus welchem Grunde ist aus der Darstellung nicht recht ersichtlich (Ref.).

Bei Nr. 1—4 wurde nur eine Enteroanastomose zwischen Dünn- und Dickdarm gemacht, doch mußte Fall 2 nachträglich anderweitig reseziert werden.

Die einfache Laparotomie und die Darmausschaltung und Isolierung des ausgeschalteten Stückes nach einer der verschiedenen Methoden (Verschluß der Enden oder Einnähen in die Wunde) wurde nicht vorgenommen.

Zum Verschluß des Kunstafters wurde in 6 Fällen eine Darmklemme angewandt (wahrscheinlich die von Kausch angegebene; vgl. dieses Zentralblatt, Bericht über den Chirurgenkongreß 1900 p. 60, Ref.), z. T. mit gutem Erfolge.

Über die Endresultate läßt sich nicht kurz berichten, da sie zu sehr von dem Allgemeinzustande und eventuellen Komplikationen abhängig sind.

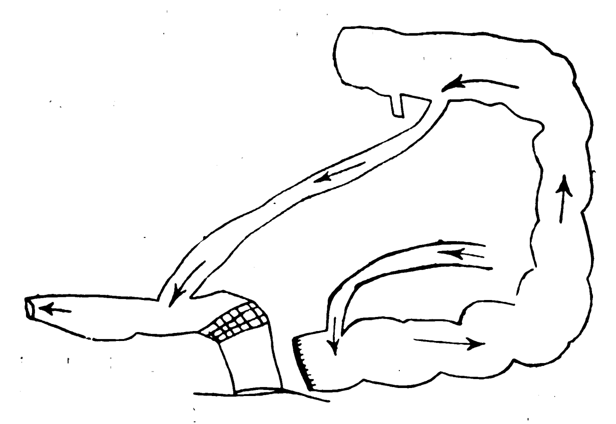
Gutzeit (Neidenburg).

41) M. Patel et P. Cavaillon. Deux observations d'exclusion unilatérale dans les cas de tumeurs malignes du gros intestin.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 36.)

Die Verff. teilen nach Beschreibung von zwei einschlägigen, mit gutem, wenn auch vorübergehendem Erfolge operierten Fällen eine Idee Jaboulay's mit, die dieser angibt für Fälle, in denen nach unilateraler Ausschaltung des ganzen Dickdarmes (bei bösartiger Geschwulst des Colon descendens) unstillbare Diarrhöen anhalten würden. Die in die Flexur eingepflanzte Ileumschlinge wird etwa 12 cm vor ihrer Mündung durchtrennt. Die obere Lichtung des unteren Abschnittes wird in das Colon ascendens, die untere Lichtung des oberen Abschnittes in das Colon descendens oberhalb der Geschwulst eingepflanzt. Das Colon descendens wird zwischen der neuen Implantationsstelle und der Neubildung durchtrennt; das obere Ende blind verschlossen, das untere in die Haut eingenäht. Der Darminhalt muß nun vom Dünndarm in das Colon descendens, transversum, ascendens und durch das 12 cm lange Verbindungsstück in die Flexura sigm. gehen; mit anderen Worten den ganzen Dickdarm in umgekehrter Richtung (!!) passieren. Ein Teil der Sekretion der Neubildung wäre auf diese Weise nach außen gelenkt und der Dickdarm der Zirkulation erhalten. Das Schema dieser Methode wäre folgendes:

Diese Methode wird wohl keine Nachahmer finden; man wird vielmehr von



vornherein das Colon descendens in die Flexur unterhalb der Geschwulst implantieren.
W. Sachs (Mülhausen i. E.).

42) **H. Strauss.** Zur Methodik der Rektoskopie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 48.)

Verf. hat ein dem Rektoskop von Tuttle nachgebildetes Instrument anfertigen lassen, welches die Verbesserung aufweist, daß der Beleuchtungsapparat mit dem Tubus nicht fest verbunden ist, und daß eine Verbindung der Außenluft mit der unter negativem Drucke stehenden Luft des Mastdarmrohres hergestellt ist. Beiden Instrumenten ist die aus der Anwendung des Einblasungsprinzips sich ergebende Benutzung eines Gebläses und eines Fensters gemeinsam. Die genaue Beschreibung, die durch eine Abbildung verständlich gemacht ist, muß im Original nachgelesen werden. Leider fehlt, wie so häufig bei Publikationen von neuen Instrumenten, auch hier die Angabe des Preises und die genaue Adresse des Fabrikanten bezw. Lieferanten.
Langemak (Erfurt).

43) **C. Gangitano** (Napoli). Colopessia alla Ludloff con resezione del colon per la cura del prolasso del retto. Guarigione.

Napoli, **Sangiovanni,** 1903.

Der 30jährige Kranke des Verf. litt an einem schweren Mastdarmvorfalle, der sich infolge von einer Resektion des Kreuz- und Steißbeines wegen komplizierter Schußverletzung entwickelt hatte. Verf. hatte bereits zweimal die Kolopexie mit nur vorübergehendem Erfolg ausgeführt. Am 4. Februar 1900 nun resezierte er die 30 cm lange Flexura sigmoidea, pflanzte das obere Darmende seitlich in das abführende; dieses letztere nähte er jedoch offen — um durch den leichteren Abgang der Gase die Darmanastomose mehr zu entlasten — in die Bauchwunde ein (also eine Modifikation jenes von Ludloff an Hunden geübten Verfahrens; cf. d. Zentralbl. 1900 p. 216). Glatte Heilung; auch die Darmfistel schloß sich.

Der Wert der Mitteilung liegt darin, daß dies wohl der erste nach jener Methode operierte Kranke ist (der Fall ist älter als die v. Eiselsberg's), und daß die Heilung bereits über 3 Jahre besteht.
A. Most (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 10. Sonnabend, den 12. März. 1904.

XXXIII. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

Über das freie seröse Exsudat des Peritoneum als Frühsymptom einer Perforationsperitonitis.

Von

Prof. C. S. Haegler in Basel.

Schon seit Jahren experimentell mit der Pathologie und Therapie der Peritonitis beschäftigt, werde ich, obschon meine Versuche noch nicht abgeschlossen sind, zu einer Äußerung über einen Teil derselben veranlaßt durch die Mitteilung von Moszkowicz (Münchener med. Wochenschrift 1904 Nr. 4), worin dem freien serösen Erguß der Peritonealhöhle die Stellung als Frühsymptom bei ungünstig verlaufenden Appendicitisfällen vindiziert wird. Da Moszkowicz nur über klinische Erfahrungen berichtet, so möchte ich hier kurz denselben eine experimentelle Stütze geben.

Die Anregung, speziell den Exsudations- und Resorptionsprozessen des Peritoneum in der Frühzeit nach der Infektion (oder Intoxikation) näher zu treten, erhielt ich einerseits durch Befunde bei inkarzerierten Hernien, besonders aber durch die Erfahrungen, welche Frühoperationen bei schweren, mit Eingeweideverletzungen komplizierten Bauchkontusionen bringen. Hier kann man oft schon in den ersten Stunden nach der Verletzung eine bedeutende Exsudation (trüb-serös, sero-fibrinös) nachweisen, wie Beobachtungen der chirurgischen Kliniken zu Basel und anderwärts (Hahn, Schmitt, Angerer u. a.) ergeben haben. Wenn auch in solchen Fällen die entzündungserregende Noxe (infektiöser und chemischer Natur) frei und relativ reichlich in die Peritonealhöhle sich ergießen kann und die Entstehung einer allgemeinen Peritonitis an sich nichts verwunderliches hat, so ist immerhin die auffallend rasche und ausgiebige exsudative Reaktion des Peritoneum (wo man doch die viel zitierte Resorptionskraft sich zu betätigen sehen erwarten könnte), ein Umstand, dem man bisher relativ wenig Beachtung geschenkt hat.

Bei den Tierversuchen, bei denen ich in der üblichen Weise die Frühstadien der Peritonitis kennen zu lernen versuchte, ist mir dieser frühzeitige Erguß, der sich unter gewissen Bedingungen regelmäßig findet, stets aufgefallen. Seine Quantität steht im proportionalen Verhältnis zu der Menge oder Virulenz des eingebrachten Keimmaterials (oder dessen Toxine).

Unter meiner Leitung hat Thommen[1] eine Serie von Tierexperimenten angestellt, die ursprünglich den Zweck hatten, die Resorptionsbedingungen des mechanisch geschädigten Peritoneum (Bauchkontusionen) zu studieren. Es wurden jeweilen 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung intraperitoneal eingespritzt und die Tiere nach verschiedenen Zeiträumen getötet. War die Kontusion erfolgreich, d. h. hatte sie einen gewissen Grad erreicht, ohne die Eingeweide schwerer zu schädi-

[1] Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXVI.

gen, so fanden sich innerhalb der ersten 6 Stunden Flüssigkeitsmengen in der Bauchhöhle, die (bis das vierfache) größer waren als die eingespritzten[2]. Es handelte sich dabei nicht mehr um Kochsalzlösung, sondern um eine opalessierende, sehr eiweißreiche Flüssigkeit, die beim Stehen gallertartig gerann.

Seit Wegner's vorzüglicher Arbeit wird für peritoneale Infektion und Intoxikation fast immer die große Resorptionskraft des Peritoneum in den Vordergrund geschoben. Wenn auch eine Reihe von für das lebende Gewebe sogar differenter Flüssigkeiten in der Peritonealhöhle allerdings relativ rasch resorbiert wird, so geht dies nicht ohne Peritonealreizung ab. Werden einem Kaninchen 100 g Aq. destill. sterilis. intraperitoneal eingespritzt, so findet man nach einer Stunde vielleicht noch 30—40 ccm vor, aber nicht Wasser, sondern eine stark eiweißhaltige Flüssigkeit, wie übrigens schon Wegner selber in einigen seiner Versuche feststellen konnte. — Das Peritoneum reagiert auf jeden Reiz, in den ersten Stunden schon, mit Absonderung eines serösen, mehr oder weniger fibrinreichen Exsudates. Ist der Reiz ein geringer und vorübergehender, so ist die Exsudation nur schwach. Die Resorption aber tritt, wenn die Schädigung des Peritoneum nicht eine sehr intensive und allgemeine ist, fast gleichzeitig mit der Exsudation ein und kann sie event. in kurzer Zeit kompensieren.

Diese Exsudation auf entzündlichen Reiz hat das Peritoneum mit den anderen Körpergeweben gemein, nur ist der großen Fläche wegen hier die Flüssigkeitsproduktion eine viel raschere. Daß dieser Reiz bei infektiösen Prozessen — wie in den anderen Körpergeweben — ein chemischer ist (Toxine, Proteine) bedarf wohl keiner besonderen Erwähnung. Die Stoffwechselprodukte aller von mir hierauf untersuchten pathogenen Keimarten lösen eine Exsudation in den ersten Stunden aus, doch ist die Menge des nachweisbaren Exsudates je nach Art und Virulenz[3] des Keimes, der die Stoffwechselprodukte lieferte, und nach der Menge der eingespritzten Flüssigkeit sehr verschieden, oft nur ganz geringfügig. Handelt es sich um mäßige Mengen solcher Kulturfiltrate, so ist — wenn die Keime nicht sehr virulent waren — der Flüssigkeitserguß in längstens 12—24 Stunden wieder verschwunden. Die Reaktion ist geringer oder die Resorption beschleunigt, wenn die Tiere durch eine oder mehrere frühere Einspritzungen solcher Filtrate vorbehandelt waren und das Peritoneum, wie schon Reichel hervorhob, dadurch widerstandsfähiger geworden ist, und zwar auch gegen Injektion von unfiltrierten Kulturen des betreffenden Keimes[4].

---

[2] Auch bei den Kontrolltieren (nicht kontundiert) ist mehrmals eine wenn auch nur ganz minimale Zunahme der Flüssigkeit beobachtet worden, die möglicherweise mit kleinen Nebenverletzungen zusammenhing.

[3] Ich verstehe unter »Virulenz« den Ausdruck der Adaptationsfähigkeit an die betreffende Tierspezies oder das Individuum.

[4] Es liegt hierin wohl die Erklärung für den Umstand, daß das Peritoneum bei lokalisierten entzündlichen Prozessen (Abszessen) widerstandsfähiger ist als in

Bei Injektionen von unfiltrierten Kulturen wirkt der Reiz, wenn wenigstens die Keimart die nötigen Adaptationsbedingungen findet (Virulenz), natürlich fortdauernd, und nun hängen die weiteren intraperitonealen Veränderungen im allgemeinen besonders von der betreffenden Keimart ab. Unsere bekannten Eitererreger mit den kräftigen chemotaktischen Eigenschaften ihrer Toxine rufen leichter Ausscheidungen von Faserstoff im Exsudat oder an der Peritonealoberfläche hervor als die Bakterienflora des Darmes. Dadurch kann es zu Absackungen kommen. Es findet sich eventuell bei ungünstigem Verlauf nach 24 Stunden kein Exsudat mehr, sondern nur eine massenhafte Ablagerung von Faserstoff.

Anders ist es mit der Bakterienflora des Darmes, wo für einen ungünstigen Verlauf nach meinen Versuchen weniger die Kolibazillen, als, wie schon Friedrich hervorgehoben hat, die anaeroben Arten die Hauptrolle spielen. Das Filtrat von Kulturen des Darminhaltes, das unter Sauerstoffabschluß gezüchtet worden ist, ruft besonders eine bedeutende Exsudation hervor, die im allgemeinen leukocytenarm ist und bei größerer Dosis des Injektum oder bei Kulturen vom Inhalt des stagnierenden Darmes einen hämorrhagischen Charakter hat. Die Faserstoffablagerung ist in solchen Fällen eine sehr spärliche. Über den Grund dieses Umstandes kann ich mich zurzeit noch nicht aussprechen; ich möchte nur beifügen, daß sehr virulente Eitererreger in den ersten 24 Stunden ein ähnliches Bild zu erzeugen imstande sind.

Man kann dieses primäre freie, seröse oder hämorrhagische Exsudat der Peritonealhöhle als ein Schutzorgan zweiter Ordnung bezeichnen: wenn es wegen der reichlichen oder stark giftigen Toxinmenge oder eines reichlichen Infektionsmateriales nicht zu Verklebungen in der Nähe der Eintrittspforte gekommen ist, so reagiert das Peritoneum sofort mit einer mehr oder weniger ausgiebigen Exsudation, die wohl den Zweck hat, die Toxine zu verdünnen.

Bei lokalen entzündlichen Affektionen der Darmwand ist also der Nachweis freier Flüssigkeit in der Peritonealhöhle allerdings prognostisch ein ungünstiges Zeichen: er zeigt, daß keine Tendenz zur Abschließung vorhanden ist, und daß größere Mengen von stark giftigen Toxinen (und wohl auch Keime selber) in die freie Bauchhöhle eingebrochen sind oder noch fortdauernd einbrechen.

---

1) **E. Holländer.** Die Medizin in der klassischen Malerei.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1903. XII u. 276 S. 165 Abbildgn.

Verf. ist ein vielgereister Kollege, der überall, wo er hingekommen, sein Interesse solchen malerischen und zeichnerischen Darstellungen zugewandt hat, die sich mit medizinischen Dingen befassen;

---

der Norm; denn es ist wohl zweifellos, daß in solchen Fällen kleine Toxinmengen (anfangs oder auch später) in die freie Bauchhöhle gelangen.

er hat fleißig Abbildungen derselben gesammelt, einen Teil derselben in obigem Werke nach bestimmten Gesichtspunkten geordnet in trefflicher Ausführung wiedergegeben und einen verbindenden Text dazu geschrieben. Wesentlich handelt es sich um die Werke niederländischer Maler aus dem 17. Jahrhundert, doch kommen auch solche anderer Zeiten und Länder zur Verwertung. Nach kurzen Ausführungen über die Anatomie im Mittelalter folgt eine größere Reihe sog. Anatomiebilder, denen sich andere Gruppenporträts von Chirurgen, Spitalsvorständen (Regenten) u. ä. anschließen. Der verbindende Text ergeht sich dabei bald über die Dargestellten selbst, bald über die Lehr- und Heilstätten, wo sie gewirkt, die Stellung der Chirurgen in der Gesellschaft, die darstellenden Künstler usw. Weiter geht Verf. über zu den Abbildungen besonderer Krankheiten, namentlich von Lepra, Syphilis und Pest, streift die Tanzwut, reproduziert eine Anzahl Zwergenporträts, dann in größerer Zahl die zum Teil sehr bekannten Bilder der Harnbeschauer. Von Badern und Barbieren, Fußärzten und anderen Vertretern der niederen Chirurgie, von der stets zahlreichen Schar der Scharlatane, der Narrenschneider, der Zahnreißer wird manch ergötzliches Bild gezeigt und manch lustige Anekdote erzählt. Zum Schluß geht Verf. auch noch auf die Darstellung von Hospitälern und Wochenstuben, auf die Heilungen durch Handauflegen der Könige ein und weiß dabei seine reichen Lesefrüchte allerorten zur Geltung zu bringen, ohne dem Leser zu schwere Arbeit zuzumuten. So sieht man in dem — übrigens mustergültig ausgestatteten — Buche viel hübsche, für die Geschichte der Ärzte und ihrer Kunst auch charakteristische Bilder, ohne durch den begleitenden Text beschwert zu werden. Namentlich das Auge des Beschauers findet reichen Genuß.

Richter (Breslau).

---

2) **Bartsch.** Bis der Arzt kommt.

Heidelberg, Otto Peters, 1904.

Das Buch wendet sich an die Laienkreise. Hat es auch speziell für den Chirurgen keinen besonderen Wert, so soll es doch auch an dieser Stelle warm empfohlen werden.

Es unterscheidet sich in sehr vorteilhafter Weise von den gewöhnlichen Aufklärungsbüchern und -schriften, die dem Publikum aufgedrängt werden. Es soll, wie der Titel besagt, dem Arzte in die Hand gearbeitet werden; er soll nicht entbehrlich gemacht werden. Der Laie erfährt aber gerade so viel Aufklärung und Belehrung, daß er bei Erkrankungs- und Unglücksfällen durch seine Maßnahmen — bis der Arzt kommt — nichts schadet. Auf die einzelnen Kapitel näher einzugehen, ist hier nicht der Platz. Das Buch ist gut ausgestattet, leicht faßlich geschrieben und enthält auch eine Kritik der Naturheilmethode, der Kurpfuscherei, der Geheimmittel und brieflichen Behandlung.

Es kann und soll jeder Arzt das Buch in den Familien seiner Klientel zum Vorteil der Kranken und zum Nutzen des ärztlichen Standes und seines Ansehens empfehlen. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

3) **Schlesinger.** Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen.

Jena, **Gustav Fischer,** 1903.

Verf. ist innerer Kliniker und will gerade dem praktischen Arzt aus seiner reichen, eigenen Erfahrung heraus einen kurzgefaßten Ratgeber an die Hand geben, wie er sich bei inneren Krankheiten zu einer eventuellen Operation stellen soll. Sehr zweckmäßig hat Verf. den klinischen Bemerkungen meist eine kurze Abhandlung über Ätiologie und pathologische Anatomie vorausgeschickt. Und ebenso wird es der Praktiker mit Freuden begrüßen, in dem Büchlein auch Aufschluß über die Differentialdiagnose, das Risiko bei falscher Diagnose, die Folgen eines unterlassenen operativen Eingriffes, die Indikationen zur Operation und die Prognose zu finden. Den breitesten Raum nehmen die Krankheiten des Nervensystems ein, besonders die Krankheiten des Gehirns und seiner Häute. Es ist da in übersichtlicher Form alles gegeben, was den Praktiker, aber auch den Chirurgen, der nicht gerade oft mit derartigen Krankheiten zu tun hat, zur schnellsten Orientierung über alle einschlägigen Verhältnisse interessieren kann. Sehr anregend wirken die eingestreuten kurzen Krankengeschichten selbsterlebter Fälle. Auf die Technik ist nicht eingegangen worden, was ja auch dem Zwecke des Buches nicht entsprach. Wer sich über einzelne Fragen näher unterrichten will, findet am Schluß jedes Kapitels eine genügende Literatur der neuesten, oft den Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie entnommenen Arbeiten. Ref. kann das Buch nur warm empfehlen. Es ist seiner Ansicht nach wichtiger und bei seiner zweckmäßigen Anlage für den praktischen Arzt und auch für den Spezialisten lehrreicher, als manches der neuerdings erschienenen kurzgefaßten Handbücher. **Tschmarke** (Magdeburg).

---

4) **v. Baumgarten** und **Tangl.** Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. XVII. Jahrgang 1901.

Leipzig, **S. Hirzel,** 1903. 1114 S.

Der unentbehrliche Führer durch das immer weiter ausgebreitete Bereich der bakteriologischen Literatur ist wieder zur programmmäßigen Zeit erschienen und wird, wie immer, mit Freude begrüßt werden. Zieht man in Betracht, daß der vorliegende Bericht um 300 Seiten umfangreicher ist, als sein Vorgänger, gleichwohl demselben in betreff des Publikationstermins nicht nachsteht, so darf

man wohl mit dem erreichten Resultat zufrieden sein. Trotzdem wird im Vorwort das Bestreben der Herausgeber, ein noch rascheres Erscheinen der Berichte erfolgen zu lassen, auf das nachdrücklichste hervorgehoben.

Ledoux Lenard, der an Stelle des ausgeschiedenen Charrin als Referent für die französische Bakterienliteratur getreten war, ist durch den Tod dem Mitarbeiterkreis entrissen worden. Neu eingetreten sind Walker (London), Schwerin (Berlin) und Lühe (Königsberg). In letzterem, der für den ausgeschiedenen Löwit eingetreten ist, hat die Protozoenliteratur einen hervorragend spezialistisch ausgebildeten Bearbeiter gefunden. **Hübener** (Dresden).

---

5) **Noetzel.** Experimentelle Studie zur Frage der Ausscheidung von Bakterien aus dem Körper.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 37.)

Die in der Königsberger chirurgischen Klinik noch unter v. Eiselsberg unter allen peinlichsten Vorsichtsmaßregeln angestellten zahlreichen Versuche an Kaninchen ergaben, »daß physiologischerweise, d. h. bei gesundem Organ, eine Ausscheidung der im Blutkreislauf vorhandenen Bakterien durch die Nieren nicht stattfindet und ebensowenig durch andere Drüsen«.

Hübener (Dresden).

---

6) **K. Döpke.** Weitere Mitteilungen über den Erreger der menschlichen Aktinomykose.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 51.)

Die weiteren Untersuchungen D.'s (s. Referat des Zentralblattes für Chirurgie 1902 p. 795) hatten folgende Ergebnisse: Der Aktinomycespilz wächst auf allen Nährböden, am besten auf Glyzerinagar bei Körpertemperatur, langsamer und spärlicher bei Zimmertemperatur, anaërob und aërob. Er bildet oberflächliche, mohn- bis hirsekorngroße, erhabene, bernsteingelbe Kolonien mit dunkler gefärbtem, etwas eingesunkenem Zentrum und radiärer Streifung, die besonders schön auf Gelatine zum Ausdruck kommt. Im Gelatinestich bildet er oberflächlich einen zarten, grauen, später sich gelb färbenden Belag, im Stichkanal zarte, graue, rundliche Kolonien, die sich später ebenfalls gelbbräunlich färben; die Gelatine wird langsam verflüssigt. Bouillon wird getrübt; kein Häutchen, spärlicher Bodensatz. — Der Entwicklungsgang des Pilzes, von dem ausgesäten, körnigen Material (den Sporen) ausgehend bis zu den fertig gebildeten Stäbchen, ist folgender: Die Körnchen strecken sich zuerst in die Länge und teilen sich. Nach der Teilung wachsen diese nun meist paarig zusammenliegenden Gebilde durch echtes Spitzenwachstum aus zu Fäden, die nach der Peripherie immer dünner werden und meist peitschenartig geschwungen sind; nach 2—3 Tagen zeigen

diese Fäden gleiches Kaliber mit häufigen Verzweigungen; schließlich zerfallen dieselben durch Segmentierung in Stäbchen. Der nach Gram gut färbbare Pilz verliert diese Eigenschaft vorübergehend im Stadium der Teilung, der Auskeimung von Fäden, gewinnt dieselbe aber wieder mit der Bildung verzweigter Fäden resp. Stäbchen. Keulen- und kolbenförmig angeschwollene Stäbchen mit deutlich radiärer Anordnung wurden mehrmals in ganz jungen Kulturen beobachtet. Dieselben waren gut färbbar nach Gram, zeigten körnigen Inhalt; nach dessen Ausstoßung resp. Freiwerden die Keulenformen wieder verschwanden, um ganz feinkörnigem, nach Gram gut färbbarem Material Platz zu machen. Die aus frischem Eitermaterial menschlicher Aktinomykose gewonnenen Keulenformen unterscheiden sich von diesen in künstlichen Kulturen beobachteten: a. durch ihre Form; sie sind schlanker und starrer; b. durch die Art der Verbindung mit dem Pilzfaden: der knopfförmigen Endanschwellung des Pilzfadens sitzt der Kolben wie eine Kappe auf, während bei den in künstlichen Kulturen beobachteten der Faden direkt in die kolbige Anschwellung übergeht; c. durch das Verhalten gegen die Gram'sche Färbung, die bei den ersteren negativ, bei letzteren positiv ausfällt. — Die in künstlichen Kulturen menschlicher Aktinomykose beobachteten Kolbenformen zeigen dieselben Merkmale, wie die aus frischem Eitermaterial tierischer (Rind-) Aktinomykose dargestellten kolbigen Gebilde. In alten Kulturen bildet der Pilz regelmäßig Kristalle aus phosphor- und kohlensauren Salzen, aus denen auch die seltener im Bodensatz alter Gelatinekulturen gefundenen maulbeerförmigen, bis hirsekorngroßen, kreideharten Körner bestehen. **Kramer** (Glogau).

---

7) **G. Meyer** (Gotha). Über die Beziehungen des adenoiden Gewebes zu bösartigen Neubildungen.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 359. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1903.)

In dem Vortrag gibt M. seine von allen bisher gelehrten Anschauungen über die Entstehung der bösartigen Geschwülste abweichende Ansicht wieder, wie sie sich ihm aus den Erfahrungen der Praxis und histologischen Untersuchungen gebildet hat. Nach derselben ist das Muttergewebe der bösartigen Geschwülste das adenoide Gewebe. Krebs und Sarkom werden nicht durch einen bestimmten Fremdorganismus hervorgerufen, sondern sind spätere Folgen von Mykosen der verschiedensten Art. Beide sind gleichartige Bildungen, die Karzinome, periphere Apolymphome, die durch Mitwuchern von Darmepithel (Drüsenschlauch-Apolymphome) oder Hautepithel (Hautepithel-Apolymphome) ausgezeichnet sind, die Sarkome Apolymphome der Lymphwege. Demnach stellt sich also die bösartige Geschwulstbildung dar als eine Funktionsstörung eines, den höheren Wirbeltieren eigentümlichen, im Kampfe mit Fremdorganismen erworbenen spezifischen Gewebes, als eine Funktionsstörung,

die mit zu starker Inanspruchnahme dieses Gewebes zusammenhängt. — In bezug auf Einzelheiten und die Begründung dieser Ansichten gegenüber den bisher geltenden Lehren muß auf den Vortrag verwiesen werden.

Kramer (Glogau).

---

8) **J. Dandurant.** Surgical shock with special reference to the solar plexus as a factor.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. September.)

Nach einer genauen Schilderung des Symptomenkomplexes, der gewöhnlich als chirurgischer Chok bezeichnet wird, beschreibt Verf. ein anderes Bild, das er als »Solarplexus Shock« bezeichnet. Es besteht in einem Mangel der gewöhnlichen Symptome, zeichnet sich dagegen durch ein geradezu pathognomonisches Phänomen aus, nämlich durch eine »rapide wilde und unregelmäßige Herzaktion mit dem entsprechenden Pulse«. Dabei ist das Allgemeinbefinden des Pat. ein sehr gutes. Trotzdem führt die Erkrankung innerhalb 48 bis 60 Stunden zum Tod infolge von Herzerschöpfung.

Verf. glaubt, daß die anatomische und physiologische Bedeutung des Plexus solaris mit seinen mannigfachen Verbindungen, insbesondere durch die Vagi nach dem Herzen zu eine Erklärung für das Zustandekommen dieses Symptomenkomplexes abgebe. In Betracht komme dieser Zustand insbesondere bei direkten Verletzungen durch die Magenwand oder Geschoßwirkung; es komme dann zu einer Lähmung der Vasomotoren der Bauchgefäße, insbesondere der Bauchaorta; das Herz könne bei der Ausdehnung der Lähmung und der plötzlichen Einwirkung nicht mit einer Kompensation antworten; eine andere Ursache der Erkrankung mag in einer Lähmung der hemmenden Fasern liegen, die mit den pneumogastrischen aus dem Plexus solaris kommen; die Lähmung bewirkt eine Beschleunigung der Herzaktion und im weiteren Verlauf eine Herzlähmung.

Auch Resorption von septischem Material innerhalb der Bauchhöhle kann das Krankheitsbild erzeugen; auch bei den bekannten Goltz'schen Klopfversuchen glaubt D., daß anfänglich eine beträchtliche Beschleunigung der Herzaktion besteht, die schließlich zur Herzerschöpfung führt.

Über beobachtete Fälle spricht sich Verf. sehr kursorisch aus, doch ist interessant, daß er den Krankheitsverlauf bei dem ermordeten Präsidenten McKinley als das Prototyp einer solchen Erkrankung hinstellt; die dauernd hohe Pulsfrequenz bei gutem Allgemeinbefinden und schließlicher Erschöpfung hält er für eine Wirkung der geschilderten Faktoren, eine Erklärung, die bei den bekannten Tatsachen doch etwas gezwungen erscheint.

Scheuer (Berlin).

---

9) **Kinnaman.** An experimental research into the temperature relationship existing in shock.

(Annals of surgery 1903. Dezember.)

Verf. hatte gelegentlich verschiedener Eisenbahnunfälle die Beobachtung gemacht, daß Chok in schwerer Form eintritt, wenn die Verletzten eine Zeitlang im Freien auf dem Erdboden gelegen haben, daß dagegen nur eine leichte Form von Chok hervorgerufen wird, wenn die Verunglückten alsbald ins Bett gebracht und warm zugedeckt werden konnten. Hieraus wie aus den Angaben einiger Autoren schloß K., daß die Temperaturerniedrigung beim Entstehen des Choks eine wichtige Rolle spiele. Er rief nun experimentell an Hunden dadurch künstlich Chok hervor, daß er durch Laparotomie die Eingeweide der Luft aussetzte und nun die Temperatur im After maß, sowie den Blutdruck und die Atemfrequenz kymographisch feststellte. In einer zweiten Reihe von Versuchen brachte er die Hunde, nachdem die Eingeweide freigelegt waren, in ein warmes Bad von physiologischer Kochsalzlösung, dessen Temperatur die des Körpers um 5° C überstieg. In einer dritten Reihe von Versuchen rief er erst durch Manipulieren an den Eingeweiden den Chok hervor und setzte die Tiere erst dann in das warme Salzbad. Während bei den Tieren der ersten beiden Reihen Temperatur, Blutdruck und Atemzahl sanken, und zwar bei den Hunden, welche nicht in die warme Salzlösung gebracht wurden, in erheblicherem Grade, so stiegen Temperatur, Blutdruck und Atemzahl dann, wenn bei den Tieren (dritte Reihe) durch Manipulieren an den Eingeweiden schwerer Chok hervorgerufen war und sie nun in das warme Salzbad gebracht wurden. Da bei denjenigen Tieren, welche infolge des künstlichen Choks zugrunde gingen, Körpertemperatur, Blutdruck und Atemzahl erheblich gesunken war, zieht K. den Schluß, daß in dem Sinken dieser drei Komponenten die Haupttodesursache bezüglich des Choks zu suchen sei. Als fernere Schlüsse, die aus seinen Versuchen bezüglich des Choks hervorgehen, gibt er folgende an: 1) Ein erhebliches Sinken der Köpertemperatur hat eine Abnahme des Blutdruckes und der Atemzahl zur Folge. 2) Eine Hemmung des Temperaturabfalles hemmt auch die Erniedrigung des Blutdruckes und der Atemzahl. 3) Eine Erhöhung der Temperatur ruft auch eine Erhöhung des Blutdruckes und der Atemzahl hervor. 4) Von den drei genannten Faktoren ist der wichtigste bezüglich des Eintretens des Choks die Körpertemperatur.

Herhold (Altona).

---

10) **S. J. Kopetzky.** The selection of the anaesthetic in children.

(New York med. record 1903. Oktober 3.)

K. verfügt über ausgedehnte Erfahrung betreffs der verschiedenen Anästhetika bei Kindern und empfiehlt die mit Lachgas begonnene und mit Äther fortgesetzte Betäubung als ideales Anästhetikum.

Vor Chloroform wird besonders gewarnt wegen plötzlicher Synkope, die sich ohne Ankündigung bei den Kleinen einstellen kann. Die meisten Kinder inhalieren mit den Atemzügen, die sich bei den gewöhnlichen Widerstandsszenen abspielen, zu viel Chloroform ein und kommen dadurch oder durch die späteren Brechanfälle in Gefahr.

Die Ätherpneumonien können dadurch vermieden werden, daß die Maske geschlossen angelegt und zu heftiger Verdunstungskälte dadurch vorgebeugt wird. **Loewenhardt** (Breslau).

---

11) **Ali Krogius.** Zur Geschichte der sog. regionären Kokainanästhesie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 214.)

K. erinnert an seine in unserem Blatte 1894 p. 241 publizierte Arbeit »Zur Frage von der Kokainanalgesie«, durch die er neben Oberst zuerst über erfolgreiche Anwendung von Kokaininjektion zu Anästhesierung von Nervengebieten unter Anlegung des Esmarchschen Schlauches berichtete. Sein Verdienst um diese Anästhesierungsmethode ist bislang in der Literatur, wie K. nachweist, nicht nach Gebühr gewürdigt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

12) **W. Kolbe.** Über traumatische subkutane Schädelfrakturen im Kindesalter.

Inaug.-Diss., Breslau, 1903.

Die verschiedenen anatomischen Verhältnisse bewirken, daß Schädelverletzungen in der Jugend und im Alter oft ganz verschiedene Folgen haben. So kommt es bei Traumen des jugendlichen Schädels häufig zu subkutanen Verletzungen. Zeigt die entstandene Fraktur keine Neigung zur Konsolidierung, so entsteht eine »bleibende subkutane Schädellücke«, je nach dem Verhalten des Gehirns »mit anlagerndem Gehirn« oder mit einem »falschen Hirnwasserbruch«. In der Literatur fand Verf. ca. 50 einschlägige Fälle, die er um 2 Fälle aus der Breslauer Klinik vermehrt.

Was zunächst das Alter der betroffenen Kinder anlangt, so handelt es sich meist um das erste bis zweite Lebensjahr. Die Disposition spielt eine gewisse Rolle. Betreffs der Symptomatologie ist zu erwähnen, daß häufig im Anschluß an ein Trauma sich eine Geschwulst (Hämatom) entwickelt, die sich zurückbildet, um der dann entstehenden sekundären Geschwulst Platz zu machen. Diese letztere charakterisiert sich durch die Symptome der Fluktuation und Pulsation. Zuweilen läßt sich ihr Inhalt durch Druck in den Schädel reponieren, oft ohne irgendwelche unangenehme subjektive Symptome. Die Folgen der Verletzung sind in einigen Fällen ganz leichte, in anderen Fällen kommt es zu schweren zerebralen Störungen. Die betroffene Hirnsubstanz verfällt dementsprechend den verschiedenen regressiven Veränderungen. Über die zweckmäßigste Therapie ist

man sich noch nicht einig. Angewendet ist bis jetzt worden: einfache Kompression, Punktion, Inzision, Exstirpation event. mit anschließender Plastik. Die häufig geübte Punktion gibt ganz schlechte Resultate. Die Exstirpation ist in einigen Fällen mit Erfolg ausgeführt worden. Um den hierbei häufig unvermeidlichen, schnellen Abfluß der Zerebrospinalflüssigkeit zu vermeiden hat v. Mikulicz in dem einen Falle mit Erfolg die Cyste in das freigelegte lockere Bindegewebe der Umgebung eingenäht, nach dem Verfahren, das er zuerst bei der Operation des Hydrocephalus angegeben hat.

Im allgemeinen dürfte es sich empfehlen, den wohl immer notwendigen Eingriff nicht zu frühe, d. h. nicht vor Ablauf des sechsten bis siebenten Lebensjahres auszuführen und sich vorher mit Punktionen zu begnügen. Als Operationsmethoden kommen nur die Exstirpation und die eben erwähnte »subkutane Drainage« in Betracht.

Engelmann (Dortmund).

---

13) **M. Patel.** Remarques sur certains variétés de fractures isolées du rocher.

(Revue de chir. 1903. Nr. 4.)

Die früheren Arbeiten über Brüche der Schädelbasis schweigen sich ziemlich aus über die Beteiligung des Felsenbeines. Erst Berger und Klumpke (1887) bringen entsprechende Daten und berichten über selbständige Bruchlinien im Felsenbein (Verlauf von Bruchlinien durch die Spitze der Pyramide im Handbuch der praktischen Chirurgie). Klinische Beiträge zur Frage liefern zwei Beobachtungen von Jaboulay, wo infolge von Kompression des Kopfes durch Überfahren präzise Erscheinungen hervorgerufen wurden, die zur Diagnose selbständiger Brüche des Felsenbeines führten. Die Symptome bestanden in Taubheit, Facialislähmung, Beeinträchtigung der Geschmacksempfindung und blutigem Ausfluß aus den Ohren (bezw. Nase und Mund). Beide Verletzte genasen.

P. versuchte nun durch Leichenexperimente den Mechanismus der isolierten Brüche des Felsenbeines zu klären. Quere Kompression von Schädeln in Schraubstöcken oder Pressung in schräger Richtung — Warzenfortsatz — Orbitalrand — ergab stets Basisbrüche mit ausstrahlenden Fissuren durch mittlere und hintere Schädelgrube und Beteiligung des Felsenbeines, welches bei querer Pressung parallel zur Längsrichtung, bei schräger entsprechend schräg gebrochen war. Wurde dagegen die Kompression ersetzt durch schwere Hammerschläge in oben bezeichneten Richtungen, so erzielte Verf. isolierte Querbrüche bei bitemporaler, parallele bei mastoideoorbitaler Gewalteinwirkung. Dabei war stets die Pyramidenspitze mitbeteiligt und abgebrochen.

P. schließt den Contrecoup als Entstehungsmechanismus auch für die selbständigen Pyramidenbrüche aus und macht nur die direkte Gewalt als Ursache geltend. Das Abbrechen des inneren Drittels,

meint er, käme so zustande, daß die Felsenbeinspitze beim Vordringen gegen die Pars basil. des Hinterhauptes auf so festen Widerstand trifft, daß sie unter dem Druck des nachdringenden äußeren Teiles der Pyramide an der schwächsten Stelle durchbricht wie ein Stab, den man in festen Boden treiben will. **Christel** (Metz).

---

14) **R. Gersuny.** Über einige kosmetische Operationen.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 48.)

Bei der doppelten Lippe handelt es sich nicht um ein Zuviel von Schleimhaut, sondern um einen richtigen Prolaps durch zu große Schlaffheit des submukösen Bindegewebes. Dieses muß unter der einfach gespaltenen Schleimhaut in genügender Breite herausgeschnitten werden.

Die Verkleinerung der Ohrmuschel wird erzielt durch einen Schnitt schräg durch den Helix und Ablösung derselben längs seines Ansatzes bis fast an die Kopfhaut; dann wird durch einen im spitzen Winkel auf dessen oberen Spitze zulaufenden Schnitt soviel von der Ohrmuschel herausgeschnitten, als notwendig ist, um das Ohr genügend zu verkleinern und der Helix an den Defektrand angenäht. Wird die Dicke der Ohrmuschel sinngemäß schräg durchschnitten, so legt sich der Helix später dem Kopf besser an (zugleich zur Heilung abstehender Ohren). Bei abstehenden Ohren genügt nicht das Herauschneiden einer Hautfalte, sondern die Ohrmuschel muß an ihrem Ansatz halbmondförmig abgetrennt, die kurzen Verbindungen mit dem Knochen bis nahe an den Gehörgang durchschnitten, dann von der Rückseite der Ohrmuschel ein entsprechend breiter Hautstreifen ausgeschnitten, die verdickten Ohrknorpel durch Flächenschnitte verdünnt und dann erst die Naht angelegt werden nach Annähung der Ohrmuschel an das Periost durch versenkte Fäden.

Herm. Frank (Berlin).

---

15) **O. Föderl.** Über Gaumenplastik der Nasenscheidewand.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 44.)

Auf Veranlassung und auf Grund von Kadaverversuchen F.'s hat im Jahre 1894 Büdinger am Lebenden im Anschluß an eine Oberkieferresektion den Ersatz des harten Gaumens auf folgende Art ausgeführt: Es wurde aus dem Septum nasium ein dem Gaumendefekt entsprechend großer Lappen mit unterer Basis umschnitten und derselben mit dem im entgegengesetzten Nasenloch eingeführten Finger unter Nachhilfe eines von den Schnitträndern des Lappens vorgeschobenen Raspatoriums umgeklappt und mit dem weichen Gaumen sowie mit der Wangenschleimhaut vernäht. Leider war das am Kadaver sehr schöne Resultat hier durch totale Nekrose ein negatives.

F. hat nun in zwei Fällen, in denen nach Oberkieferresektion sich Rezidivoperationen nötig machten, mit bestem Erfolg die Opera-

tionsmethode wieder aufgenommen, nachdem die Ernährung der Schleimhaut des Septums wieder seit einiger Zeit in Kontinuität mit der Nachbarschaft gewesen war.

Er schlägt daher sein Verfahren als Nachoperation der Oberkieferresektion vor, wenn die primäre Resektionswunde rein granuliert und die Schleimhaut der Nasenscheidewand in Verbindung mit dem mukös-periostalen Überzuge des harten Gaumens der anderen Seite steht.

Die Plastik ist unter Anwendung von Cocain-Adrenalin leicht ausführbar, da von der Mundhöhle eine genügende Zugänglichkeit für die Umschneidung, Infraktion und Naht des Lappens aus dem Septum vorhanden ist.

Wird dieselbe vorgenommen, solange noch die Innenfläche der Wange granuliert, dann erscheint nur eine exakte Vernähung des hinteren Randes der umgeklappten Nasenscheidewand mit dem angefrischten weichen Gaumen nötig, während am lateralen Rande einige Nähte zur Verbindung mit der Wangenschleimhaut genügen, um den Scheidewandlappen gleichwie die durch die Nase eingeführten Tampons in der horizontalen Lage zu erhalten.

Nach der eingreifenden Oberkieferresektion erscheint die Gaumenplastik durch die gebotenen Vorteile des Mundhöhlenabschlusses, der Möglichkeit künstlichen Zahnersatzes, normalen Kauaktes, ungestörten Sprechens und nicht zum mindesten der verminderten Gesichtsentstellung gerechtfertigt.

Hübener (Dresden).

---

16) **Gordon King.** A method of rapid exstirpation of nasopharyngeal fibromata with report of cases.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Dezember 19.)

Verf. verwirft die gebräuchlichen unvollkommenen Operationsverfahren zur Beseitigung der Nasen-Rachenfibrome, die leicht rezidivieren, und empfiehlt seine Methode; dieselbe besteht darin, daß zunächst eine Tracheotomia superior gemacht wird; dann wird bei hängendem Kopfe des Pat. der Zeige- und Kleinfinger der linken Hand in den Nasen-Rachenraum gebracht und ganz genau die Umgrenzung der Geschwulst bestimmt, was sehr wichtig ist, da die Finger die Führung für die Schere abgeben; sodann wird eine starke Schere am Septum entlang durch die Nase eingeführt, mit derselben die Geschwulst rasch abgetragen und aus dem Rachen mit der anderen Hand herausgeholt. Die Blutung ist sehr stark und wird durch Tamponade gestillt. Erst wenn keine Blutung mehr erfolgt und der fühlende Finger die totale Entfernung der Geschwulst konstatiert hat, wird die Kanüle herausgezogen und die Tracheotomiewunde vernäht. Drei genau gemachte Krankengeschichten geben weitere Aufschlüsse über das Operationsverfahren und seine Schwierigkeit, die einmal sogar eine Carotisunterbindung nötig machte.

Scheuer (Berlin).



17) **Reclus et Chevassu.** Les tumeurs du corpuscule rétro-carotidien.

(Revue de chir. 1903. Nr. 8 u. 9.)

Geschwülste der Gland. intercarotica sind verhältnismäßig selten beschrieben und operiert worden. Verff. bringen mit dem ihrigen etwa 11 Fälle zusammen, die meist Wiener Autoren zugehören. Ist schon die Klassifizierung der Gland. intercarot. keine sichere, hat man bald ein nervöses, bald ein vaskuläres Gebilde aus ihr gemacht, so ist es für die Geschwülste derselben noch schwieriger, sie mit einem bestimmten Namen zu versehen. Man hat sie Angioepitheliome, Angiosarkome, Endo- und Peritheliome genannt. Die Struktur der Geschwulst, die Verff. untersuchten, ähnelt der bislang beschriebenen; der Bau ist ein loser alveolärer, größere und kleinere Zellhaufen vom Typus der Endothelien sind von Kapillaren umsponnen. Die klinische Bedeutung der Geschwülste erhellt aus der meist deutlich vorhandenen Geschwulstkapsel, woraus auf eine gewisse Gutartigkeit zu schließen ist. Freilich können sehr feste Verwachsungen mit den eingeschlossenen Gebilden — Carotiden, Vagus, Sympathicus — bestehen, und zwei Fälle, wo direktes Übergreifen auf benachbarte Gebilde bezw. entsprechende Drüseninfiltration vorhanden war, müssen als bösartige Geschwülste bezeichnet werden.

Wer die näheren Verhältnisse der Geschwülste der Carotisdrüse kennt, wird leicht die Diagnose stellen. Sie wachsen relativ langsam, liegen im Trig. caroticum, in der Gabelung mit dem größeren Teile hinter den Gefäßen, welche deutliche Einschnürungen hervorrufen. Die Pulsationen, die an den Geschwülsten gefühlt werden, sind keine Expansion, sondern entsprechen dem Vordrängen gegen die Oberfläche durch die Blutwelle; bei zurückgebeugtem Halse treten sie deutlicher vor. Sie fühlen sich weich an; nur der Durchschnitt läßt härtere, fibröse Stellen erkennen. Durch Fingerdruck läßt sich eine Scheinreposition der Geschwulst erzielen; läßt man plötzlich nach, bleibt sie einen Moment verschwunden (wenn nicht zu groß und verwachsen) und kommt erst allmählich in das frühere Niveau zurück. Vom Mund aus ist sie als Vorsprung gegen den Rachenraum zu fühlen.

Die chirurgische Behandlung dieser Geschwülste hat bisher recht ungünstige Erfolge ergeben. Nur zweimal — Heinleth und Verff. — ist ihre Enukleation gelungen ohne Nerven- und Gefäßverletzung; in den übrigen Fällen wurden die Carotiden entweder unterbunden oder mitreseziert, ebenso wie Stücke des Vagus und Sympathicus. Von diesen neun endeten zwei tödlich; die übrigen trugen störende, zum Teil unerträgliche Lähmungen davon.

Darum enthalte man sich der Operation, die mehr Nachteile schafft als vorher vorhanden waren, solange nicht ganz besondere Beschwerden, Schmerzen, Ohrensausen usw. den Eingriff benötigen.

Bösartige Umwandlung rechtfertigt natürlich auch eine voraussichtlich verletzende Operation.

Christel (Metz).

---

18) **E. Rotter.** Zur Herzfreilegung, auch rechts vom Sternum.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 1.)

R. hat bei weiteren Leichenversuchen gefunden, daß der Türflügelschnitt mit medialer Basis auch von rechts her bei Herzverletzungen von der rechten Brustseite her gut anwendbar und so einfach ausführbar ist, daß derselbe in die Operationsübungen des praktischen Arztes aufgenommen werden sollte. — Er empfiehlt schließlich die primäre Herzbeutelnaht an Stelle der Drainage und Tamponade.

Kramer (Glogau).

---

19) **R. Abbe.** Consideration of mammary cysts in the differentiation of breast tumors.

(Med. record 1903. August 15.)

A. hat in 8 Jahren 41mal Cysten und 56mal Scirrhus der Brustdrüse gesehen. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Differentialdiagnose und die Behandlung, welche beide bei Cysten leicht und sicher sei. Die beigegebenen Diagramme stellen klar, daß, während die Cysten in jeder Gegend der Drüse lokalisiert zu sein pflegen, nur mit einer etwas größeren Häufigkeit am äußeren und oberen Segment, der Scirrhus fast ausschließlich zwischen Warze und Achselhöhle seinen Sitz hat. Eine Geschwulst in der unteren Hälfte spricht daher wahrscheinlicher für eine Cyste. 33 Pat. mit solchen waren zwischen 40 und 50 Jahre alt, die anderen (außer zweien) über 35. Die Neigung zu fibrösen Verdickungen während des Klimakteriums, welche die Stenose und Retention der Milchgänge hervorrufen, ist auch von anderen Beobachtern bestätigt worden. Der Cysteninhalt betrug von 1—30 g (gewöhnlich opaleszierender Flüssigkeit). Nach deren Entleerung war fast nie mehr die dünne Wand zu tasten.

Jede Geschwulst zweifelhaften Charakters soll aspiriert werden, weil dies nicht nur vollständig zur Heilung genügt, sondern auch weil wegen der scheinbaren Härte die cystische Natur einer Geschwulst oft übersehen und infolge davon eine unnötige eingreifende Operation ausgeführt wird.

A. hat nur in zwei Fällen die Punktion zu wiederholen brauchen. Ganz gelegentlich kann einmal eine Exzision des Sackes nötig sein, wenn z. B. nach der Punktion in der Cyste sich eine papilläre Neubildung findet.

Loewenhardt (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

Perforation der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle. Operation. Heilung.

Von

Dr. **Thiel,**

dir. Arzt der chir. Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Rheydt.

In der letzten Nummer der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie vom Januar 1904 findet sich eine Veröffentlichung von Dr. Neck aus der chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses zu Chemnitz über operativ behandelte Fälle von Perforation der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle. In dieser Abhandlung schreibt Verf.: »Nur neun Fälle von spontanen Gallenblasenperforationen, bei denen Gallensteine mit im Spiele waren, sind bis jetzt einem operativen Eingriff unterworfen und veröffentlicht worden«. Diese Fälle wurden operiert von Schönborn, Küster, Jenner-Verral, Ullmann (2 Fälle), Hochenegg König jr., v. Arx, Neck. Während der Drucklegung der Arbeit wurden dann noch zwei weitere Fälle operiert, und zwar einer von Weigel (Nürnberg) und der andere von Reichel (Chemnitz). Von diesen elf Kranken, bei welchen bis jetzt wegen Durchbruches der Gallenblase in die freie Bauchhöhle chirurgisch eingegriffen wurde, sind acht durch Operation vor dem sonst sicheren Tode gerettet worden.

Gerade zu derselben Zeit (am 15. Dezember 1903) war ich gezwungen, aus derselben Ursache zu operieren. Durch nachfolgenden kurzen Krankheitsbericht möchte ich das Dutzend dieser interessanten und dankbaren Operationen voll machen.

Es handelt sich um eine 58jährige, kräftige Dame, welche früher nie nennenswert krank gewesen ist. Im April 1901 hatte Pat. zum erstenmal starke Magenkrämpfe, welche von dem behandelnden Hausarzt als Gallensteinkolik angesprochen wurden. Der Anfall war leicht; einmaliges Erbrechen, kein fühlbarer Tumor, kein Ikterus. Nach einigen Tagen konnte Pat. wieder aufstehen. Sie hatte dann $2^1/_4$ Jahre Ruhe, nur blieb ein ständiger Druck und Gefühl von Schwäche in der Magengegend bestehen. Im September 1903 stellten sich dann plötzlich dieselben Schmerzen erneut und mit größerer Heftigkeit ein. Wieder einmaliges Erbrechen, keine nachweisbare Geschwulst, doch soll sich zurzeit eine leicht gelbliche Verfärbung der Haut und der Sclera gezeigt haben; ebenso enthielt der Urin Gallenfarbstoff. Auch diese Attacke dauerte nur einige Tage. Es wurde eine Kur nach Naunyn eingeleitet, und Pat. befand sich leidlich dabei, bis am 12. Dezember 1903 der verhängnisvolle dritte Anfall einsetzte. Am Abend vorher war Pat. noch in Gesellschaft gewesen, mußte aber bald nach Hause gehen, da sie sich nicht wohl fühlte. Am 12. Dezember nachmittags traten heftige Koliken ein, kein Erbrechen; abends wurde zuerst der Hausarzt gerufen, welcher eine zirkumskripte, auf Druck sehr schmerzhafte Resistenz in der Gallenblasengegend nachwies. Die Schmerzen steigerten sich bis zum Mittag des nächsten Tages, um dann bei einer besonders starken Exazerbation plötzlich aufzuhören. Die Temperatur stieg an demselben Abend auf 40,6. Am nächsten Nachmittage wurde ich zugezogen und konnte folgenden Befund erheben:

Pat. macht den Eindruck einer Schwerkranken und fühlt sich sehr abgeschlagen Heiße Fieberbacken, welche trotz der Röte etwas gelbliche Verfärbung erkennen lassen. Trockene Zunge. Appetitlosigkeit. Neigung zum Erbrechen, kein Singultus. Temperatur 40,0. Puls 146, klein, unregelmäßig, aussetzend; Pulswelle leicht zu unterdrücken. Sensorium frei, doch gibt Pat. jetzt an, sich verschiedener Vorgänge aus diesen Tagen nicht mehr zu erinnern. Der rechte Unterrippenraum

von den Lenden bis über die Mittellinie hinaus aufgetrieben, auf Druck sehr empfindlich, tympanitischer Perkussionsschall; durch Palpation nichts Besonderes zu differenzieren. Keine Peristaltik sicht- oder fühlbar. Urin hochgestellt, enthält Gallenfarbstoff. Wir stellten die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine akute, eitrige Gallenblasenentzündung (event. Gangrän) unter Mitbeteiligung des Bauchfelles und rieten dringend zur Operation. Die Einwilligung zur Operation, zu welcher sich Pat. nicht sofort entschließen konnte, wurde mir später abends noch mitgeteilt, und so wurde denn die Operation (da im Privathaus auszuführen) auf den nächsten Morgen, sobald das Tageslicht es gestattete, festgesetzt.

Chloroformnarkose. Schnitt ca. 25 cm lang, parallel dem rechten Rippenbogen, zwei Querfinger unter demselben. Nach Durchtrennung der Bauchdecken und Eröffnung des Bauchfelles drängen sich sofort die stark geblähten, rötlich aussehenden, entzündeten Dünndarmschlingen, teilweise von Netz bedeckt, vor. Dieselben werden leicht mit sterilen Kompressen zurückgehalten. Beim Einsetzen des Fritsch'schen Bauchdeckenhalters in den unteren, seitlichen Wundwinkel sieht man einen bleistiftdicken Strang von der Unterfläche der Leber zum Dickdarme hinziehen. Derselbe ist ca. 8 cm lang, hochgradig entzündet und mit Fibrin belegt. Bei der näheren Orientierung erkennt man in ihm den Processus vermiformis. Das Coecum war nach oben geschlagen und der Processus mit seinem blinden Ende an der Unterfläche der Leber angewachsen. Resektion des Processus nach Ablösung desselben und Stumpfversorgung nach Riedel (Zentralblatt für Chirurgie 1903 Nr. 51). Nun werden Netz und Dünndarmschlingen sanft nach unten und nach der Mitte hin zurückgeschoben und die Leber etwas gekippt. Die nunmehr zutage tretenden Darmschlingen erscheinen noch stärker aufgetrieben und entzündet als die erst erwähnten und sind mit schleimigem Eiter bedeckt. Ganz in der Tiefe, hinter die Leber zurückgezogen, sieht man die stark geschrumpfte Gallenblase, in ihrem Fundus ein kreisrundes Loch von etwas mehr als 1 cm Durchmesser. Dasselbe ist nach Art eines Kugelventils fest verstopft durch einen eiförmigen, nicht facettierten Gallenstein, der, wie die spätere Messung ergibt, 3 cm lang und 2 cm dick ist. Zunächst werden nun Leber und Darmschlingen von dem Eiter durch Abtupfen möglichst gesäubert, sodann um die Gallenblase ringsum eine sorgfältige Absperrungstamponade gemacht. Hierauf Erweiterung der Öffnung in der Gallenblase und Extraktion des Solitärsteines. (Bei Abtastung der tieferen Gallengänge nach weiteren Steinen war keiner mehr gefunden worden.) Es fließt sofort trübe Galle. Die Wandung der Gallenblase ist etwas verdickt, aber außerordentlich brüchig. Sie reißt bei den Versuchen, sie mit breiten Klemmen etwas vorzuziehen, jedesmal aus. Von einer Exstirpation wird bei diesem Befund Abstand genommen, da man die Gallenblase wahrscheinlich nur in Fetzen herausbekommen hätte und schließlich vielleicht die Exstirpation doch nicht hätte zu Ende führen können. Die Gallenblase wird daher in ihrer Lage in der Tiefe gelassen, ein langer, dicker Schlauch zur Heberdrainage eingeführt und rings um denselben mit Jodoformgaze tamponiert. Die Enden der Streifen werden an dem lateralen unteren Wundwinkel herausgeleitet, das Gummirohr an der Haut mit einer Seidennaht befestigt und die obere mediale Hälfte der Wunde etagenweise vernäht. Verband. Nachdem Pat. ins Bett gebracht und der Schlauch in ein am Boden stehendes Gefäß mit Sublimat geleitet, fließt alsbald trübe Galle.

Die Temperatur fiel an demselben Abend auf 39,0°, am nächsten Abend auf 38,8°, der Puls ging von 146 auf 100 resp. 92 zurück, wurde regelmäßig und voller. Am zweiten Abend p. op. war die Rektaltemperatur 38,2° bei 84 Pulsen, um dann vom nächsten (3.) Tag ab ebenso wie der Puls andauernd zur Norm zurückzukehren. In gleicher Weise besserte sich das Allgemeinbefinden. Nach 8 Tagen wurden die tiefen Streifen entfernt und nur um das Gummirohr noch locker tamponiert. Letzteres mußte 3 Wochen liegen bleiben, bis die Galle goldgelb und klar floß und man annehmen konnte, daß die kranke Gallenblase selbst sich auch genügend erholt hatte. Die Gallenfistel schloß sich dann sehr schnell, und Pat. konnte Mitte Februar geheilt das Bett verlassen.

Nur eine kurze epikritische Bemerkung möchte ich mir zum Schluß gestatten bezüglich der Zeit der Perforation. Nach dem ganzen Verlaufe muß man annehmen, daß diese am Mittag des 13. Dezember erfolgt ist, als plötzlich die starken, zirkumskripten Schmerzen aufhörten. Durch den Durchbruch der prall mit Eiter gefüllten Gallenblase hörte die enorme Spannung derselben auf und somit auch der hierdurch bedingte Schmerz. Von diesem Zeitpunkt an traten dann ja auch die Zeichen der peritonealen Mitbeteiligung und Infektion mehr in den Vordergrund. Die Operation würde dann also 44 Stunden nach der Perforation ausgeführt worden sein.

Riedel macht darauf aufmerksam, daß der Gallenblaseneiter selten schwer infektiös ist. Dieser Ansicht muß man für den vorliegenden Fall auch beipflichten; denn sonst würde es trotz exakt ausgeführter Operation wohl nicht gelungen sein, der Pat. das Leben zu retten.

Nachtrag bei der Korrektur.

II.

Steinhaltige Gallenblase als Bruchinhalt.

Von den fünf weiteren Gallensteinlaparotomien, welche ich seit obiger Operation vorzunehmen Gelegenheit hatte, möchte ich nur mit ein paar Worten folgenden Fall erwähnen, da mir ein gleiches Vorkommnis aus der Literatur nicht bekannt ist.

Es handelt sich um eine 66jährige Pat., zu der ich von dem behandelnden Arzte wegen einer Geschwulst in der rechten Oberbauchgegend zugezogen wurde. Diese Geschwulst soll in früheren Jahren sich schon häufiger dort gezeigt haben, sie sei dann aber auch wieder von selbst kleiner geworden oder ganz zurückgegangen. Sonst will Pat. immer gesund gewesen sein; sie hat früher keine Magenkrämpfe, keine Koliken, keine Gelbsucht gehabt. Folgender Befund wurde von mir bei der ersten Untersuchung erhoben:

Kleine, gracil gebaute, sehr hinfällige, schlecht genährte, alte Frau; Gesichtsfarbe fahl, blaß; Puls unregelmäßig, beschleunigt, aussetzend, klein; Temperatur nicht erhöht; Leib mäßig aufgetrieben, auf Druck überall empfindlich, tympanitischer Perkussionsschall; kein Ascites nachweisbar; Appetitlosigkeit, Aufstoßen, Neigung zum Erbrechen; Stuhl zuletzt am Tage vorher, Angaben über Abgang von Flatus unbestimmt. Durch die dünnen Bauchdecken peristaltische Darmbewegungen erkennbar. In der rechten Oberbauchgegend in der Mammillarlinie, eine Hand breit unter dem Rippenbogen ein mannsfaustgroßer, kugliger, prominenter Tumor, auf Druck sehr empfindlich, fühlt sich elastisch an, keine Fluktuation; Haut über demselben normal und frei verschieblich. Keine Entzündungserscheinungen. Geschwulst selbst gegen die Unterlage nicht verschieblich. Tympanitischer Perkussionsschall; sie vergrößert sich beim Husten und Pressen nicht. Wenn man durch ein tieferes Eindrücken der Bauchdecken versucht, die Basis der Geschwulst zu umgreifen, so hat man den Eindruck, als setze sich die Geschwulst strangförmig in die Bauchhöhle fort. Auch fühlt man als äußere Grenze ihrer Basis einen deutlichen, schräg verlaufenden, scharfen Fascienrand. In der Annahme, daß es sich zweifellos um einen Bruch an dieser allerdings ja außergewöhnlichen Stelle handle, wurde bei dem schlechten Allgemeinbefinden der Pat. ein Taxisversuch gemacht; es gelang denn auch schließlich bei linker Seitenlage nach längerem, sanftem Manipulieren, den Bruch zurückzubringen. Es wurde ein Sandsack aufgelegt und Pat. angewiesen, sich eine passende Bandage anfertigen zu lassen. Hierbei ließen uns die Bandagisten im Stiche; die Binden hielten den Bruch nicht zuverlässig zurück, es traten verschiedentlich leichte Einklemmungserscheinungen auf, und so mußten wir uns denn schließlich doch zur Operation verstehen.

Dieselbe wurde von mir am 16. Februar 1904 ausgeführt. Längsschnitt über die Geschwulst. Der Bruchsack wird isoliert, gestielt und eröffnet. Als Inhalt sieht man zunächst geblähten Dickdarm und hinter demselben erscheint beim Auseinanderhalten die Gallenblase. Der Hals derselben ist lang ausgezogen, der im Bruchsacke liegende Fundus hat Hühnereigröße. Von dem Dickdarme zieht ein bandartiger, derber Strang von ca. 3 cm Länge und 1 cm Breite nach dem Grunde der Gallenblase. Sonst keine Verwachsungen. Durchtrennung dieses Stranges. Reposition des Darmes in die Bauchhöhle. In der Gallenblase fühlt man einen runden Stein von Haselnußgröße, einen ebensolchen findet man beim Abtasten der tieferen Gänge im Cysticus; letzterer läßt sich mit einiger Schwierigkeit in die Blase zurückschieben. Nach Einschnitt in die Gallenblase werden beide entfernt. Es fließt reichlich etwas getrübte Galle. Von der geplanten Exstirpation der Gallenblase mußte ich bei dem außerordentlich schlechten Befinden der Pat. Abstand nehmen. Abtragen des Bruchsackes, Vernähen der etwa 5markstückgroßen Bruchpforte mit Ausnahme einer kleinen Öffnung im oberen Winkel für die Cystostomie. Drainage der Gallenblase. Pat. erholt sich, Verlauf ohne Komplikationen.

Im vorliegenden Falle hat wohl zuerst eine flächenhafte Verwachsung zwischen Colon transversum und Fundus der Gallenblase stattgehabt. Das Kolon ist zuerst in den Bruchsack ausgetreten und hat die Gallenblase nach sich gezogen. Die flächenhafte Verwachsung wurde durch den stetigen Zug zu einem Bande gedehnt ähnlich wie Fritsch die Bildung des Ligamentum fundale nach Ventrifixation des Uterus beschrieben hat.

---

20) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

136. Sitzung vom 11. Januar 1904.

Vorsitzender: Herr Israel.

Herr Karewski: Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis der Blasenhernien.

Auf Grund von fünf eigenen Beobachtungen (zwei inguinalen, drei kruralen Blasenhernien) sah sich K. veranlaßt, an sieben frischen unveränderten Leichen Untersuchungen anzustellen 1) ob die normale Blase in verschiedenen Füllungsgraden Beziehungen zu den Bruchpforten hat, welche ohne begünstigende Nebenumstände bei der hohen Freilegung des Bruchsackes die Gefahr einer Verletzung nahe legen oder den Prolaps des Organes erklärlich machen, und 2) welche Gewebsteile des Blasenüberzuges die Herauszerrung verursachen. Die Ergebnisse waren folgende: a. Bei einer Füllung mit 2—300 ccm Flüssigkeit wird die Blase sowohl an der Inguinal- wie an der Cruralbruchpforte leicht fühlbar; b. Zug am Peritoneum bewegt die Blase nur wenig; Zug an der Fascia transversalis oder am perivesikalen Fette läßt die leere, leichter noch die mäßig gefüllte (100—150 ccm) Blase an der Bruchpforte heraustreten ohne Anwendung stärkerer Gewalt; Kontrolle bei geöffnetem Organe zeigt, daß das angelegte Instrument die Blasenwand trichterförmig ausgezogen hat. Ligatur des Schiebers führt zur Abschnürung der Spitze des Blasenwandzipfels, während man das Instrument durch einen scharfen Schnitt ohne Eröffnung des Hohlraumes abtrennen kann.

Es existiert also ein sehr inniger Zusammenhang der Fascien-Fettschicht über der Blase mit dieser, welche bei der Abbindung des Bruchsackes leicht Verletzungen verursachen kann, ohne daß eine Cystokele vorhanden ist. Diese Gefahr ist um so größer, je umfangreicher die Bruchpforte ist; es dehnt sich nämlich die gefüllte Blase nach Durchtrennung der vorderen Wand des Leistenkanales ungleichmäßig nach der Seite des geringeren Widerstandes stärker aus. Druck auf die Blase von hinten (bei Meteorismus) kann bewirken, daß sie noch breiter an der Bruchpforte anliegt. Diese Veränderungen waren am deutlichsten bei der Leiche eines 78jährigen Mannes mit schlaffer Blase. K. schließt aus seinen Versuchen, daß ein großer Teil der in der Literatur beschriebenen Blasenhernien als solche nicht anzuerkennen sind, weil sie nur Verletzungen des normal liegenden Organes

bedeuten oder eine durch die Weite der Bruchpforte bedingte Annäherung der Bruchteile an dasselbe darstellen. Eine Cystokele im eigentlichen Sinne hat nicht bestanden. Diese kommt in der überwiegenden Zahl der Fälle durch Zug eines Lipoms an dem fascialen Überzuge des Organes zustande; in anderen kann durch sehr weit herabsteigende Bruchsäcke auch das Peritoneum einen Teil des Hohlraumes mit nach unten nehmen und abknicken. Die intraperitonealen hat K. nicht berücksichtigt.

Herr Rosenstein. Über eine Gefahr der Bottini'schen Operation.

Eine Blasenruptur, die während einer Bottini'schen Operation erfolgte, veranlaßte R., Versuche über die intravesikalen Druckveränderungen bei dieser Operation an frischem Rindfleisch anzustellen. Wenn der in Weißglut befindliche Inzisor durch feuchtes organisches Gewebe schneidet, so entsteht das bekannte Leidenfrost'sche Phänomen; auf der glühenden Schneide tanzen Wassertröpfchen, von einer isolierenden Dampfschicht umgeben. Wird der Inzisor genügend abgekühlt, so hört dies Phänomen auf, die Wassertröpfchen verdampfen plötzlich; jedes Wassertröpfchen dehnt sich dabei um das 1720fache seines Volumens aus; dabei kann eine Überdehnung und Ruptur der Blase eintreten, wie R. bei seinen Versuchen dreimal sah; es kam ein Überdruck bis zu zwei Atmosphären zustande (Demonstration am Manometer).

R. sieht in dieser Gefahr im Vereine mit den anderen üblen Zufällen (Blutung, Sepsis) genügend Grund zum Aufgeben der Bottini'schen Operation. Er sieht in der Prostatektomie die Methode der Wahl. Er stellt einen 73jährigen Pat. vor, bei dem sie (nach Fuller) mit ausgezeichnetem Erfolg ausgeführt wurde; es bestand ein vorderer, sich ventilartig vorlegender Lappen.

Herr Israel: a. Künstlicher Ersatz beider Ureteren.

I. stellt einen 13jährigen Knaben vor, bei dem er zunächst links wegen einer kongenitalen Hydronephrose, die sich durch häufige Koliken manifestierte, operiert hatte. Der Harnleiter ging einige Querfinger über der tiefsten Stelle des Nierenbeckens ab. Da der kausalen Therapie (Fixation der Niere in gehobener Lage) wegen Fehlens der Nierennische nicht zu genügen war, wurde der Harnleiter an tiefster Stelle implantiert; unzureichendes Resultat; es stellte sich wieder Urinretention ein, die Drainage erforderte. Im weiteren Verlaufe trat eine akute metastatische Infektion der rechten latenten Hydronephrose ein; dreitägige Anurie mit reflektorischer Oligurie der anderen Seite; Punktion der rechten Niere ergab 600 ccm Eiter; Drainage derselben. Der rechte Harnleiter wurde für den Urin nicht wieder wegsam, ebenso wenig der linke. Das zwang, ein Verfahren einzuleiten, das I. schon früher einseitig gemacht und in der Freien Vereinigung der Chirurgen geschildert hat, nämlich doppelseitig eine Schlauchverbindung (mit gegabeltem Rohr und Ventil gegen Rückstauung) zwischen Nierenbecken und Blase nach Anlegung einer suprasymphysären Schrägfistel herzustellen. Gutes Dauerresultat; die pyelonephritischen Anfälle sind ausgeblieben, der Knabe ist vollständig leistungsfähig. I. ist bisher viermal genötigt gewesen, durch akute Infektion (im Anschluß an Gonorrhöe, Perityphlitis) manifest gewordene Hydronephrosen zu operieren.

b. Ein Verfahren zur Freilegung der hinteren Leberfläche.

Bei einem älteren Herren mit angeblicher Nierenerkrankung (rechtsseitiger Lumbalschmerz seit $^5/_4$ Jahr, Schulterschmerz, hektisches Fieber) schwankte die Diagnose zwischen Erkrankung der Leber an ihrer Hinterfläche (Gumma?) oder der Nebenniere. Zur Sicherung der Diagnose und event. operativer Beseitigung wurde eine Operation geplant, welche gleichzeitig Niere, Nebenniere und den subphrenischen Raum freilegte. Um die Leber frei zu haben, mußte die Niere temporär eliminiert werden. Es wurde zunächst die Niere vollständig freigelegt durch einen transversalen Schnitt längs der zwölften Rippe, subperiostale Resektion der Rippe, Hochdrängung der Pleura; dann wurde die Niere, so wie sie sich als Wanderniere disloziert, nach vorn, median und unten verschoben und damit die Fossa renalis hepatis freigelegt. Peritoneum höckrig verdickt, wird gespalten

und stumpf abgelöst; Lebergewebe trocken, hellgelb, beim Schneiden knirschend, nicht blutend (Syphilom). Exzision des nußgroßen Herdes. Reposition und Fixation der Niere, Tamponade der Leberwunde. Der Effekt war sofortige Beseitigung des Fiebers und Schmerzes. Gänzliche Heilung unter antisyphilitischen Maßnahmen. Bedingung für diese Freilegung der hinteren Leberfläche ist die Mobilität und Elastizität des Nierenstieles.

Pat. uriniert jetzt 7 Wochen post op. mit 5—7stündigen Pausen ohne Rückstand in vollem Strahle; der früher stark zersetzte Urin ist nur noch leicht cystitisch getrübt.

Herr Israel: Palpationsbefunde bei Hufeisennieren.

I. hat die Diagnose auf Hufeisenniere dreimal vor der Operation, einmal während der Operation gestellt. Veranlassung zur Operation war dreimal Hydron. dextr., einmal das Vorhandensein eines Steines in jeder Niere. Charakteristisch war, daß die rechtsseitigen Tumoren nach links einen walzenförmigen Fortsatz bis zum linken Rippenbogen hatten. Ein lückenloser Übergang der beiden Hälften ineinander wird selten sein; man fühlt dann das Verschmelzungsstück und den oberen Pol der anderen Niere. Häufiger sind fragmentarische Befunde: man fühlt das Verschmelzungsstück in der Gegend des Nabels; mau fühlt eine herabgesunkene Niere mit einer schwanzförmigen Verlängerung über die Mittellinie. Am wenigsten sicher ist die Diagnose, wenn das Verschmelzungsstück nicht gefühlt wird; dann weisen die Abnormität der Form (walzen- oder wurstförmig verschmälert), die tiefere und horizontale (nicht schräge) Lage, die Irreponibilität auf die Hufeisenniere hin. Außerdem werden die vorkommenden Varietäten (Verschmelzung am oberen Pole, Verkümmerung des Mittelstückes, Verkümmerung einer Hälfte) die Befunde ändern. Die Freilegung einer Hufeisenniere erfolgt von einem lumboabdominalen Schrägschnitte mit ausgiebiger medialer Verdrängung des Bauchfelles, bei doppelseitiger Erkrankung durch zwei solche Schnitte. Während der Operation weisen die Abnormitäten der Gefäßinsertion und des Ureterverlaufes (vom oberen Rand über die vordere Fläche) auf die Mißbildung hin.

Herr Rosenstein: Ein Fall von Leberechinokokkus.

R. demonstriert ein Präparat eines Leberechinokokkus, welcher in den Ductus hepaticus eingebrochen war und denselben vollständig obturiert hatte. R. hatte die Pat., eine 32jährige Frau, wegen Empyems der Gallenblase und Cholelithiasis operiert; nach 14 Tagen Entleerung eines 1100 ccm Eiter enthaltenden Leberabszesses der rechten Seite, nach weiteren 8 Tagen eines subphrenischen Abszesses durch transpleurales Vorgehen; Tod an eitriger Cholangitis. Am Präparate sah man den hühnereigroßen Ductus hepaticus von Echinokokkusmembranen ausgefüllt; der Ductus hepaticus stand direkt in Verbindung mit dem operativ eröffneten Leberabszesse. Wahrscheinlich ist der Echinokokkus sekundär aus der Abszeßhöhle in den Ductus hepaticus eingebrochen.

Herr Röder: Ein Myosarkom der Blase.

Demonstration einer zweifaustgroßen Geschwulst, die von einem 49jährigen Manne stammt, der wegen Miktionsbeschwerden und Gewichtsabnahme ins Krankenhaus kam. Die Operation erwies den Tumor als von der Blase ausgehend, ein großer, intraperitoneal gelegener Teil der Blase mußte reseziert werden, ebenso ein Strang, der die Geschwulst an die Blase fixierte und als Harnleiter angesehen wurde. 5 Tage nach der Operation starb Pat. an Peritonitis, die durch Kompression des Pezzerkatheters, dadurch hervorgerufene Sprengung der Blasennaht und Infektion der Peritonealnaht zustande gekommen war. E. warnt daher vor der Anwendung dieses Katheters, der nicht solide genug gearbeitet ist. Die histologische Untersuchung ergab ein Myosarkom und erwies den Stiel tatsächlich als Ureter. Zu bemerken ist noch, daß die linke Niere, wie sich bei der Sektion zeigte, in eine abgeschlossene, mit Abszessen durchsetzte Pyonephrose umgewandelt war.

R. Wolff (Berlin).

21) **J. Thies. Erfahrungen bei der Verwendung des Adrenalins zur Unterstützung der lokalen Anästhesie.**

Inaug.-Diss., Leipzig, 1903.

Bei den vom Verf. angestellten Tierversuchen zeigte sich, wenn dem Kokain Adrenalin zugesetzt wurde, eine Verzögerung der Resorption, aber dann eine um so stärkere Giftwirkung. Die Arbeit enthält die im Perthes'schen chirurgisch-poliklinischen Universitätsinstitut zu Leipzig mit Adrenalin an etwa 400 Fällen der kleinen Chirurgie gemachten Erfahrungen. Für Zahnextraktionen (250 Fälle) bewährten sich am besten $^1/_2$ und 1%ige Kokainlösungen mit 15 Tropfen Adrenalin (1 : 1000) auf 10 ccm Eukain. Adrenalinlösungen gaben in derselben Konzentration angewendet gute, aber nicht ganz so zuverlässige Resultate. Von den sechs nach der Extraktion beobachteten kollapsartigen Zuständen war es fraglich, ob sie als Giftwirkung aufzufassen waren. In den übrigen Fällen kam Adrenalin in der von H. Braun vorgeschriebenen Weise nach den verschiedenen örtlichen Anästhesierungsmethoden (Infiltration, Leitungsunterbrechung der Nervenstämme, Hackenbruch's Umspritzung) mit befriedigendem Erfolge zur Anwendung. Bedenkliche Folgeerscheinungen wurden nach der Kokain-Adrenalininjektion nicht beobachtet. Einzelne Allgemeinsymptome (Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen usw.) konnten nicht mit Sicherheit auf das Adrenalin zurückgeführt werden. Ebenso muß es zweifelhaft erscheinen, ob das Adrenalin für eine Nekrose verantwortlich zu machen ist, die an der Kuppe eines Fingers nach Durchtrennung seiner Endphalanx bis auf eine ernährte Hautbrücke auftrat. Bemerkenswert erscheint dagegen, daß unter 15 Fällen von Eukain-Adrenalinanästhesie dreimal Kollaps beobachtet wurde. Auch in anästhetischer Beziehung gab Eukain mit Adrenalin nicht so gute Resultate wie Kokain in dieser Kombination. **Läwen** (Leipzig).

22) **C. Hartog. Die Äthernarkose in Verbindung mit Morphium-Skopolamininjektionen. (Aus Prof. L. u. Dr. Th. Landau's Frauenklinik in Berlin.)**

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 46.)

In der genannten Klinik wird ca. $^1/_2$ Stunde vor der Inhalationsnarkose $^1/_2$ mg Skopolamin und 1 cg Morphin subkutan injiziert und dann die Äthernarkose mit der Wanscher'schen Maske nach der einschleichenden Methode ausgeführt. Erbrechen und stärkere Salivation während der Betäubung wurde fast nie beobachtet. Auch sonstige Nebenwirkungen unangenehmer Art kamen nur selten vor; in einigen Fällen war längere Zeit der Puls beschleunigt.

Kramer (Glogau).

23) **B. Korff. Morphin-Skopolamin-Narkose.**

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 46.)

K. gibt jetzt 1 mg Skopolamin und $2^1/_2$ cg Morphin auf drei Dosen verteilt von $2^1/_2$ Stunden ab vor der Operation und war mit der dadurch erreichten Narkose in den letzten ca. 50 Fällen durchaus zufrieden; er empfiehlt im Notfalle etwas Chloroform oder Äther einatmen zu lassen. Störungen der Herztätigkeit oder Atmung kamen nicht zur Beobachtung. **Kramer** (Glogau).

24) **v. Holst (Dresden). Handfessel zur bequemen Übersicht und Ausführung von Narkosen.**

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 1.)

Die Fessel besteht in der Hauptsache aus einem verstellbaren Riemen, der beiderseits in ein ca. 5 cm breites Armband aus dickem, sehr weichem Filz mündet. Der Riemen wird am Kopfende des Tisches durch einen Haken befestigt. Lieferant Knoke & Dressler. **Kramer** (Glogau).

25) **Ullmann.** Kasuistische Beiträge zu den Frakturen des Schädeldaches.

Inaug.-Diss., Breslau, 1903.

Von 1891—1901 kamen in der Breslauer Klinik 44 Fälle von Schädelbrüchen zur Beobachtung, von denen 41 kompliziert waren. Verf. teilt dieselben ein in einfache Frakturen (18), Frakturen mit Verletzung der Dura und ihrer Adnexe (5), Frakturen mit Schädigung des Gehirns (21).

Bei den einfachen Frakturen wurde therapeutisch »stets möglichst konservativ, aber auch stets operativ« verfahren, so daß die Pat. mit einem Knochendefekt von Zehnpfennigstück- bis Talergröße die Klinik verließen. Das Endresultat dieser Fälle war kein sehr günstiges. Von den 18 Fällen machten 13 Mitteilung über ihr Befinden. 9 von diesen klagten über mehr oder minder große Beschwerden, die Verf. zum Teil als »traumatische Neurose« auffaßt.

Von den 5 Fällen der zweiten Gruppe gehen 4 mit einer Verletzung der A. meningea media einher. Bei diesen wurde 2mal die Arterie unterbunden und 2mal tamponiert. Von den 5 Pat. starb einer. 2 von den Geheilten hatten lange noch Beschwerden; ob die beiden anderen vollkommen beschwerdefrei sind, ist aus der Arbeit nicht recht zu ersehen.

Die mit Verletzung des Gehirns einhergehenden Frakturen werden vom Verf. sehr ausführlich geschildert und besprochen. Bei der Therapie derselben war der Grundsatz maßgebend, 1) das Gehirn von allem zu befreien, was eine grobmechanische Reizung unterhält, und 2) die Infektion fernzuhalten. Von den 22 hierhergehörigen Fällen endigten 7 tödlich, und zwar 3 infolge der Schwere der Verletzung, 4 infolge eingetretener Infektion; die schwersten Verletzungen wurden durch Geschosse hervorgerufen. Was die dauernde Schädigung der Verletzten anlangt, so betont Verf. zum Schluß noch einmal ausdrücklich, daß der Grad derselben nur zum Teil von der Mitverletzung des Gehirns abhängt, was sich aus der Nachforschung nach dem Befinden der mit einer einfachen Fraktur behafteten Pat. ergibt. **Engelmann** (Dortmund).

26) **v. Friedländer.** Ein Fall von Cephalohydrocele traumatica.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 48.)

Verf. hat Gelegenheit gehabt, bei einem einjährigen Kinde die Verhältnisse einer Cephalohydrokele, wie sie sich bei der Operation und Sektion darstellten, zu studieren. Obwohl in der Anamnese ein Trauma abgelehnt wird, so rechnet er, wohl weil bei der Sektion sich ausgedehnte Fissuren der Schädelkapsel zeigten, den Fall zu den traumatischen. Für die Entstehung des ausgedehnten Defektes in der Schädelkapsel kommt in erster Linie die Ablösung des Periosts vom Knochen durch die Fraktur neben der Zerreißung der Dura in Betracht. Der ausfließende Liquor cerebrospinalis erhält die Abhebung des Periosts vom Knochen, welcher, durch die gleichzeitige Verletzung der Dura in seiner Ernährung gestört, der Resorption vornehmlich an seiner Außenfläche anheimfällt. Der dauernde Ausfluß des Liquor wird durch Interposition eines Durallappens oder durch primäres Klaffen der Fraktur ermöglicht. Der ursprünglich aus dem Periost allein bestehende Cystensack verdichtet sich durch Bindegewebsneubildung an seiner Innenfläche, welche Bildung wohl meist unter leichten Entzündungserscheinungen abläuft. **Herm. Frank** (Berlin).

27) **Marckwald.** Zwei Fälle von Verletzung hydrocephalischer Gehirne.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 45.)

Verhältnismäßig geringe Gewalteinwirkungen haben in den beiden, rasch tödlich verlaufenen und obduzierten Fällen zu schweren Verletzungen der hydrocephalischen Gehirne geführt. Im 1. Falle wirkte die Gewalt annähernd in der Richtung der Längsachse des Körpers, im zweiten in einem queren nach hinten

oben geneigten Durchmesser des Schädels ein; die Gehirnzerstörung fand sich bei jenem in der Umgebung der hydrocephalischen Flüssigkeit, an den Wandungen der Ventrikel, im zweiten Falle am stärksten da, wo die Wassersäule der hydrocephalischen Flüssigkeit die größte Höhe zeigte, im Bereiche des rechten Schläfenlappens.

Kramer (Glogau).

28) **Howe.** Anomalies in the circle of Wallis.

(Annals of surgery 1903. Dezember.)

H. bespricht die anatomische Zusammensetzung des Circulus Willisii und weist darauf hin, daß durch denselben beide Großhirnhälften mit Blut versorgt werden, und daß bei Unterbrechung dieses Kreislaufes Störungen im Gehirn auftreten, da die peripheren Gefäße der zentralen Ganglien Endgefäße sind und daher keine Anastomosen haben. Wie durch die Unterbindung einer Carotis bei fehlerhafter Entwicklung des Circulus Willisii eine derartige Schädigung des Gehirns eintrat, beobachtete er an folgendem Falle. Die Unterbindung der linken Carotis wurde gelegentlich der Operation einer großen Halsdrüsengeschwulst notwendig. 19 Stunden nach der Operation stertoröses Atmen, Erweiterung der linken Pupille und Lähmung der rechten Körperhälfte, 9 Stunden später Tod. Die Autopsie ergab, daß die hinteren Bögen des Circulus Willisii dünne fibröse Fäden darstellten, und daß am vorderen Bogen das verbindende Bogenstück fehlte. Die linke Großhirnhälfte befand sich im Zustande gelber Erweichung.

Herhold (Altona).

29) **A. Bauer.** Hémorragie meningée sous-arachnoïdienne par lésion du tronc basilaire.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 48.)

Ein 34jähriger Mann war bewußtlos auf der Straße gefunden worden. Die Erscheinungen, die er darbot, ließen an eine zerebrale Hämorrhagie denken. Da man aber in der durch Lumbalpunktion entleerten Flüssigkeit massenhaft rote Blutkörperchen fand, nahm Verf. (Abteilung Mathieu) eine Blutung in den subarachnoidalen Raum an. Bei der Autopsie fand sich auch eine solche vor, entstanden durch Ruptur der atheromatös veränderten A. basilaris. Auf das Vorhandensein des Kernig'schen Symptoms ist nicht untersucht worden.

W. Sachs (Mülhausen i. E.).

30) **W. Spratling.** The results of brain surgery in epilepsy and congenital mental defect.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. September 19.)

Verf. hat als Leiter eines großen Irrenhauses im Staate Neuyork innerhalb 8 Jahren 1325 Fälle von Epilepsie gesehen, von denen etwas über 60% der Form des Grand mal, der Rest der Jackson'schen Form angehörten. Er beleuchtet die chirurgischen Erfolge, die an 33 dieser Fälle erzielt wurden, kommt aber zu recht traurigen Resultaten. 28 Pat. waren schon vor ihrem Eintritt in die Anstalt trepaniert worden, 5 während ihres Aufenthaltes nach langdauernder sorgfältiger Beobachtung und äußerst vorsichtiger Indikationsstellung. Von der ersteren Kategorie war bei 21 keine Besserung, bei 8 eine Herabminderung der Häufigkeit und Schwere der Anfälle erreicht worden, während bei 3 eine Verschlechterung und nur in 1 Falle Heilung erzielt wurde. Aber auch bei dieser Pat. war die Trepanation zunächst erfolglos; erst eine Entfernung der Gebärmutter samt Adnexen wegen einer Retentionscyste brachte dauernde Heilung.

Auch bei den 5 in der Anstalt ausgeführten Trepanationen wurde keine Heilung erzielt, wohl aber in 4 Fällen eine Besserung, ein Resultat, das S. allerdings auch hauptsächlich als eine Folge der energischen Bromnachbehandlung hinstellt.

Bezüglich der Operationsresultate bei Idioten und Imbecillen sind nach Ansicht des Verf. die Resultate noch trauriger; er bringt aber zu diesem Thema keine

eigenen Erfahrungen, sondern beschränkt sich auf eine kritische Zusammenfassung der Fälle aus Löwenstein's Arbeit (Beiträge zur klin. Chirurgie 1900).

Scheuer (Berlin).

31) **McCoy.** Traumatic epilepsie.

(Annals of surgery 1903. Dezember.)

Ein Knabe hatte durch einen Wurf eine schwere Knochenverletzung der rechten Stirn- und Scheitelgegend erlitten: die harte Hirnhaut war in ziemlich großer Ausdehnung verletzt, verschiedene Knochensplitter waren ins Gehirn gedrungen. Die letzteren wurden sämtlich entfernt. Obwohl im weiteren Verlaufe Konvulsionen der linken Körperseite wiederholt auftraten, endete der Fall zunächst mit Genesung. 2 Jahre später traten wieder allgemeine Krämpfe auf, so daß die Narbe ausgeschnitten und bis aufs Gehirn jedes neugebildete Gewebe entfernt wurde; die Knochenlücke wurde durch eine Zelluloidplatte gedeckt und über dieser die Haut vernäht. Da nach 3 Wochen wieder Krampfanfälle eintraten, wurde die Knochenlücke im Schädel wiederum freigelegt und wiederum alles neugebildete Bindegewebe entfernt; eine Zelluloidplatte wurde dieses Mal zwischen Gehirn und Knochen — nicht wie das erstemal auf den Knochen — gelegt. Trotzdem traten nach einiger Zeit wieder Konvulsionen ein und bestehen zurzeit noch.

Verf. weist auf die Schwierigkeiten derartiger Operationen hin, da sich immer wieder nach denselben Narbengewebe, welches das Gehirn reizt, bilden würde.

Herhold (Altona).

32) **O. Föderl.** Über Knochen- und Knorpelersatz.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 51.)

Während die von A. Fränkel zur Deckung von Schädeldefekten empfohlenen Zelluloidplatten am zweckmäßigsten in glattem, ungelochtem Zustande Verwendung finden zur Vermeidung von festeren Verwachsungen mit der Dura und deren etwaigen Folgezuständen, hat F. siebförmig perforierte Zelluloidplatten zur Heteroplastik des Nasengerüstes, eines Defektes der Trachea und des Unterkiefers versucht.

Genauere Einzelheiten mögen im Original eingesehen werden.

Hübener (Dresden).

33) **Neudörfer.** Operative Verkleinerung der Nase.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 43.)

Um einem jungen Schauspieleleven, dessen Nase im Verhältnis zu weit aus dem Gesicht ragte und zudem ungefähr entsprechend der Cartilago triangularis einen unschönen Höcker besaß, ohne häßliche Hautnarben diesen für seinen Beruf sehr störenden »Schönheitsfehler« zu beseitigen, ging Gersuny folgendermaßen vor:

Querschnitt durch das Septum mobile, ziemlich nahe seinem Ansatz an der Nasenspitze. Von da aus Durchtrennung des knorpligen Septums in einer Richtung, daß der Schnitt unter der Haut des Nasenrückens nahe der Nasenspitze endete. Jetzt war die Nasenspitze mobilisiert und konnte durch Streckung der Nasenflügel so weit gehoben werden, daß man mit einem eigens für diesen Zweck konstruierten, geraden Instrument die Haut unverletzt vom Nasenrücken abheben konnte. Ein gewöhnliches stumpfes Elevatorium von entsprechender Breite war an seinem Rande so ausgeschnitten, daß die Mitte einen scharfen Meißel vorstellte, während seine Schneide jederseits von einem stumpfen Vorsprung um ca. 2 mm überragt wurde. Mit diesen Höckern des Instrumentes wurde die Haut wie mit einem Elevatorium unverletzt abgehoben und die strafferen Bindegewebsbündel gegen die Mitte des Instrumentes geschoben, wo die kurze Schneide sie durchtrennte. Nachdem die Haut bis zur Nasenwurzel abgeschoben war, wurde ein scharfer Hohlmeißel eingeführt und genau in der Richtung des beabsichtigten Abtragungsschnittes durch Druck mit der Hand das knorplige, mit einigen leichten Hammerschlägen das knöcherne Nasengerüst durchtrennt, wodurch der Nasen-

höcker frei in der Wundhöhle lag und mit einer Kornzange herausgezogen werden konnte. Da der jetzt gerade Nasenrücken wegen des Abstandes der Seitenwand des knöchernen Gerüstes etwas zu breit war, wurde diese Seitenwand mit einer durch Drains gedeckten Sequesterzange (eine Branche im Nasengang, eine außen) gefaßt und medianwärts umgebrochen. Zum Schluß Vereinigung des kleinen Querschnittes im Septum mobile mit drei Knopfnähten.

Um die störende Blutung bei der Operation zu vermeiden, wurde vorher — trotz allgemeiner Narkose — 1 ccm Schleich'scher Lösung mit drei Tropfen Adrenalin vermischt unter die Haut des Nasenrückens eingespritzt und dadurch in der Tat der Blutverlust auf ein überraschend geringes Maß beschränkt.

Abbildungen en face und im Profil vor und 3 Wochen nach der Operation demonstrieren das geradezu hervorragend schöne kosmetische Resultat.

Hübener (Dresden).

34) **E. Glas.** Zur Pathologie der Tuberkulose der Gaumentonsillen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 36.)

G. bespricht unter ausgiebiger und kritischer Berücksichtigung der einschlägigen Literatur drei Fälle von Mandeltuberkulose, von denen zwei klinisch primäre, der dritte eine miliare, nach Ausweis des histologischen Bildes durch Sputuminfektion zustandegekommene Tuberkulose betrifft. In allen drei bot die Mandel das Bild der Hypertrophie, gleichfalls in allen waren Bazillen nachzuweisen (in zweien konnte der seltene Befund von Massen von Tuberkelbazillen gemacht werden).

Hübener (Dresden).

35) **Pupovac.** Zur Kenntnis der Tuberkulose der Schilddrüse.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 36.)

Es handelte sich in dem vorliegenden Fall um eine tuberkulöse Erkrankung des Isthmus der Schilddrüse, welche den Eindruck einer Struma cystica machte. Die Probepunktion ergab dünnflüssigen Eiter, so daß an einen kalten Abszeß, ausgehend von einer der Vorderwand der Luftröhre anliegenden Lymphdrüse, gedacht wurde. Erst die Operation, bei welcher die Abszeßwand und der normale Rest des Isthmus entfernt wurden, klärte die Diagnose. Der 42jährige Pat. bot außerdem die Zeichen einer tuberkulösen Spitzenerkrankung, die nach den anamnestischen Daten schon geraume Zeit bestanden hatte. Somit ist die Erkrankung der Schilddrüse als sekundär auf dem Wege der Blutbahn aufzufassen.

Hübener (Dresden).

36) **Pilcher and Onuf.** Perforating gunshot wound of the cervical portion of the spinal cord.

(Annals of surgery 1903. Dezember.)

Schußverletzung durch eine Büchsenkugel; Einschuß dicht oberhalb des Manubrium sterni, sofortige Lähmung aller Extremitäten, der Zwischenrippenmuskeln und des Schließmuskels der Blase und des Afters. Gefühl am Rumpf unterhalb der Einschußöffnung und an den Gliedmaßen aufgehoben. Innerhalb 3 Wochen schwanden die Lähmungen der Schließmuskeln und wurden Bewegungen der Beine und des linken Armes in geringem Grade möglich. Eine Röntgenaufnahme ergab, daß das Geschoß in der Mittellinie zwischen 5. und 6. Halswirbel im Wirbelkanal lag. Da angenommen wurde, daß vielleicht Knochensplitter auf das Halsmark drückten, wurde die Laminektomie ausgeführt, wobei die rechten Wirbelbogenhälften des 3.—6. Halswirbels entfernt wurden. Knochensplitter und Geschoß wurden nicht gefunden, ebensowenig wurde nach Eröffnung der Dura eine Verletzung des Halsmarkes angetroffen. Nachdem reichlich Zerebrospinalflüssigkeit abgeflossen war, wurde die Dura durch Silkwormnähte vereinigt und die übrige Wunde bis auf die Öffnung für einen Jodoformgazetampon geschlossen. Es besserten sich die Bewegungen der Beine und des linken Armes in den folgenden Wochen. Pat. vermochte an Krücken sogar etwas zu gehen. Er wurde

zunächst entlassen. Nach Ablauf eines Jahres konnte O. folgenden Befund aufnehmen: Schlaffe Lähmungen mit Atrophie und elektrischer Entartung an gewissen Muskeln der Arme, besonders rechts; Lähmung ohne Atrophie an den unteren Gliedmaßen mit spastischem Charakter und Lähmung der Rückenmuskulatur. Sensibilitäts- und Muskelsinnstörungen an den Gliedmaßen, ebenso Störungen des Temperatursinnes; Aufhebung der Reflexe rechts, linke Pupille enger als die rechte. Bewegungen aller Gliedmaßen möglich, doch ist in ihnen allen die Kraft gehindert. Beine in addusierter Stellung, Füße in Spitzfußstellung. Babinski an beiden Beinen. Nach O. betraf die Verletzung des Rückenmarkes hauptsächlich die Höhe des 8. Cervicalsegmentes, und zwar waren sowohl die vorderen wie seitlichen und hinteren Stränge beteiligt, ferner die beiden Vorderhörner, das rechte mehr als das linke. **Herhold** (Altona).

37) **G. Brünet** (Berlin). Über das branchiogene Karzinom.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 360. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1903.)

Die in dem Vortrage mitgeteilten vier Fälle von branchiogenem Karzinom entstammen zur einen Hälfte dem pathologischen Institut zu Genf, zur anderen der Sammlung des Krankenhauses im Friedrichshain und erhalten durch die sorgfältige makro- und mikroskopische Untersuchung der Präparate besonderen Wert. Im übrigen ist in der Abhandlung alles Wesentliche über die Entstehung der branchiogenen Krebse in Kiemengangscysten oder von embryonal zurückgehaltenen Epithelverbänden aus, sowie über die klinischen Verhältnisse dieser Geschwülste wiedergegeben. **Kramer** (Glogau).

38) **H. Dupuy.** Laryngeal complications in typhoid fever. Report of a case. Tracheotomy. Recovery.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Dezember 26.)

Verf. hat eine ältere Statistik von Keen über Kehlkopfkomplikationen nach Typhus aus dem Jahre 1898 bis zum Mai 1903 ergänzt und die Anzahl der Fälle von 221 auf 256 gebracht, worunter ein eigener sich befindet. Bezüglich der Ätiologie dieser Lokalisation fürt Verf. Fälle aus der Literatur an, bei denen zweifellos der Kehlkopf die Eingangspforte darstellt; meist ist aber die Erkrankung eine sekundäre; typhöse Kehlkopfkomplikationen treten in 11 und 26% der Fälle auf.

Die pathologischen Formen, in denen diese Affektion gefunden wird, sind 1) submuköse Laryngitis (mit Beteiligung der tieferen Schichten), 2) ulzeröse Laryngitis, 3) laryngeale Perichondritis. Knorpelnekrose als Folgeerscheinung betrifft in erster Linie den Cricoid-, in zweiter den Arytenoidknorpel. Bezüglich der Ulzerationen muß man unterscheiden zwischen spezifischen und nicht spezifischen; erstere sind ausgehöhlt, mit infiltrierten Randzonen und der Neigung der Tiefenverbreitung, letztere (infolge von Sekundärinfektionen) sind oberflächlich, nicht unterminiert, ohne Randinfiltration; bei Abheilung erfolgt kein weiterer Nachteil für das Organ.

Die spezifischen Geschwüre sitzen vorzugsweise in den hinteren Kehlkopfabschnitten; die Epiglottis ist oft befallen.

Die Diagnose ist insofern schwierig, weil leichtere Grade von Dyspnoe häufig auf den allgemeinen Schwächezustand zurückgeführt werden; andererseits gehen diese leichteren Grade nicht selten in plötzliche Stenoseerscheinungen über; endlich fällt die Entstehung meist in die 3. Woche, wo der Arzt bereits ein gewisses Sicherheitsgefühl hat. Sind die Symptome geringfügig, genügen Inhalationen und interne Medikation; bei schweren Erscheinungen, insbesondere Knorpelnekrose, hilft nur Tracheotomie. Intubation ist nicht zu empfehlen. Die Betrachtung der von dem Verf. gesammelten 26 Fälle ergab 10 Heilungen, worunter 9mal Operationen vorausgegangen waren; 16 Todesfälle mit nur 4 Operationen.

Die Endresultate sind nicht sehr günstig; in einer großen Anzahl von Fällen bleiben schwere Schädigungen des Kehlkopfes zurück; so hat Luning unter 60 Fällen 49, die dauernd Kanülen tragen.

Verf.s Fall betrifft eine submuköse Laryngitis, die bei einer 20jährigen Dame 4 Wochen nach dem Beginne des Typhus aufgetreten war; Pat. wurde heiser, bekam Lufthunger, Atmungsfrequenz 60, so daß der Hausarzt Tracheotomie wünschte; die laryngoskopische Untersuchung ergab diffuse Schwellung der ganzen Kehlkopfoberfläche und Fixierung der Stimmbänder in der Medianlinie, Epiglottis normal; Verf. verordnete lokale Anwendung einer 1 : 1000 Adrenalinlösung mit dem sofortigen günstigen Erfolge, daß die Atmung freier wurde. Aber nach 9 Stunden trat neue Dyspnoe auf; die Untersuchung ergab, daß unter der Adrenalinwirkung die Schwellung verschwunden war, dagegen die Stimmbänder so fixiert waren, daß kaum ein Spalt übrig blieb, was Verf. auf eine Ankylose der Articulatio cricoarytenoidea zurückführte. Noch wurde mit der Tracheotomie gewartet, die aber nach 8 Stunden doch nötig wurde. 4 Stunden später profuse Blutung aus der Wunde, wahrscheinlich von unten her, die durch Injektion von zwei Spritzen Adrenalin gestillt wurde. Besserung für 12 Stunden, dann schwerer Kollaps, der durch Einführen eines Dilatators in die Luftröhre und Stimulantien definitiv behoben wurde. 13 Tage später Weglassen der Kanüle. Heilung ohne jede spätere Funktionsstörung.

Besonders interessant ist die merkwürdige Wirkung des Adrenalins und die außergewöhnliche völlige Wiederherstellung der Pat. **Scheuer** (Berlin).

39) K. Borszéky. Über Stich- und Schußverletzungen des Thorax.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 1.)

Von 301 innerhalb von 10 Jahren in der Budapester chirurgischen Klinik beobachteten Verletzungen der Brust waren 153 Stichverletzungen (darunter 42 penetrierende) und 148 Schußwunden (darunter 89 penetrierende). Bei der Behandlung der nicht penetrierenden Stichwunden wurde die Vorschrift befolgt, nur wegen nicht stillbarer Blutung die Wunde zu erweitern, niemals zum Zwecke der Desinfektion. Nur in 20 Fällen wurde die Wunde, entweder wegen bestehender Eiterung oder wegen Kleinheit, nicht genäht. 91mal wurde die Naht angewendet und dadurch in 96,6% eine Heilung per primam in einem Zeitraume von 8 bis 10 Tagen erreicht.

Von 59 nicht penetrierenden Brustschüssen waren 2 Schrotschüsse, 6 aus kleinkalibrigen Jagdgewehren, die übrigen Revolverschüsse. Von diesen 59 Verletzten starben 3, einer infolge eines Aneurysma der Art. subclavia, ein zweiter an einem Aneurysma der Art. axillaris und der dritte infolge unstillbaren Nasenblutens. Von den übrigen 56 heilten ohne Störung und Eiterung 55 unter dem einfachen Deckverbande. Nur einmal trat Eiterung des Schußkanales ein. Das Geschoß wurde in jedem Fall entfernt, wenn es Störungen verursachte und wenn der Sitz bestimmt nachzuweisen war und die Entfernung keinen größeren Eingriff erforderte.

Unter den 131 penetrierenden Brustverletzungen bildeten die Lungenverletzungen die häufigsten und wichtigsten Komplikationen, demnächst Verletzungen der großen Gefäße der Brusthöhle und des Herzens und Herzbeutels.

Für die Behandlung stand der Leitsatz obenan, frische Stich- und Schußwunden als aseptisch zu betrachten. Das Öffnen des Wundkanales zum Zwecke der Desinfektion gilt auch bei den penetrierenden Verletzungen als eine mindestens überflüssige Operation, welche noch dazu die Dauer der Heilung verlängert. Von den 38 penetrierenden Stichverletzungen (4 als Fälle von Verletzung des Herzens, des Perikardium, der großen Gefäße ausgeschlossen) endete keiner tödlich; dabei wurde 30mal die Wunde primär vernäht mit 21 Heilungen per primam. Von den 86 penetrierende Schußverletzungen (3 Fälle von Verletzung des Perikardiums und des Herzens nicht gerechnet) endeten 11 tödlich, 3 Pat. kamen sterbend in Behandlung. Von den übrigen starben 3 an Sepsis, der Rest an Verblutung. Unter den 75 geheilten Fällen trat nur 4mal eine Komplikation (Pneumonie, Empyem, Hautgangrän) ein.

Verf. ist der Ansicht, daß die durch exspektative Behandlung der Lungenverletzungen erreichten Resultate nicht so schlecht und die durch das radikale

Eingreifen erzielten Erfolge nicht so gut sind, daß wir einen triftigen Grund hätten, von dem alten Verfahren abzuweichen. **Blauel** (Tübingen).

40) **de la Camp.** Zur Differentialdiagnose von Pneumothorax und großen Kavernen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 1.)

Verf. macht uns mit einem Falle bekannt, in dem die klinische Diagnose zwischen einer großen Kaverne und einem abgesackten Pneumothorax schwankte. Das Röntgenbild schien mehr für einen Pneumothorax zu sprechen. Die Sektion ergab eine mannsfaustgroße Kaverne. **H. Wagner** (Breslau).

41) **Cohen.** A case of combined diaphragmatic or bimanual massage of the heart.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. November 11.)

Bei 32jähriger, sonst gesunder Frau trat während Ausführung einer Ovarialoperation nach $^1/_4$stündiger Anwendung von Chloroform ohne vorausgegangene Warnungszeichen plötzlich Pulslosigkeit und Aufhören der Atmung ein. Durch die Bauchwunde führte C. die eine Hand bis in die Zwerchfellkuppe, konnte von dort aus das Herz umgreifen und zwischen dieser innern und der außen aufgelegten anderen Hand das Herz rhythmisch komprimieren. Schon nach 30 Sekunden traten selbständige Herzschläge auf, nach 1 Minute waren sie kräftig und regelmäßig und die Atmung begann einzusetzen. Nach 2 Minuten wurden 80 regelmäßige Pulsschläge gezählt, und die Atmung war kräftig. Die Operation wurde unter Äther ohne weiteren Zwischenfall zu Ende geführt; auch während der Heilung traten keinerlei Nachwirkungen ein. — Welche Chloroformierungsmethode angewandt wurde und wieviel Chloroform verbraucht war, ist nicht angegeben. Victor, der Ort, wo die Operation ausgeführt wurde, liegt in etwa 3000 m Meereshöhe, und Chloroform wird dort stets als Anästhetikum verwandt.

Trapp (Bückeburg).

42) **B. Massey.** Report of a case of carcinoma of the breast, treated by massive mercuric cataphoresis.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Dezember 5.)

Verf. berichtet über einen Fall von inoperablem, teilweise ulseriertem Brustkrebs bei einer 57jährigen Frau, den er mit seiner schon länger geübten Methode behandelt hatte. Die Frau ist jetzt nach einem Jahre noch rezidivfrei. Die Pat. wurde in Narkose auf einen Tisch gelegt, auf dem ein großes feuchtes Polster den negativen Pol abgab, während Elektroden, die mit Quecksilber überzogen waren, direkt die Geschwulst von der Peripherie aus in Angriff nahmen; der verwandte Strom betrug 200 Milliampères aus einem Apparate von 160 Volt; der Strom wurde innerhalb 20 Minuten auf 720 Milliampères gesteigert und in die Geschwulst von verschiedenen Stellen zugleich geleitet. $1^1/_2$ Stunden dauerte die Applikation des Stromes und erzeugte eine unblutige Nekrose der Neubildung sowie der Drüsen. Nach 6 Wochen hatte sich das nekrotisierte Karzinom völlig abgestoßen, nach 8 Wochen wurde Pat. entlassen. Ein Jahr später war sie rezidivfrei und hatte an Körpergewicht zugenommen. Direkt vor der Anwendung des Verfahrens war ein Stückchen aus der Geschwulst zur mikroskopischen Untersuchung ausgeschnitten worden, welche im Philadelphia clinical laboratory als Karzinom diagnostiziert wurde.

Die Methode ist nicht ohne Interesse, da sie in der Tat ein unblutiges Verfahren der Krebszerstörung darstellen würde, zumal auch noch operative Impfkrebse ausgeschlossen sein würden; leider ist aber der Bericht sehr summarisch, und geben auch die fünf recht schlecht reproduzierten Photographien aus verschiedenen Stadien der Heilung keine genügende Aufklärung. **Scheuer** (Berlin).



43) **E. Herman.** **The termination of a case of recurrent mammary cancer, treated by oophorectomy.**

(Lancet 1904. Januar 16.)

Verf. berichtet über den Endverlauf eines Falles von Brustkrebs, den er bereits 1898 im Lancet beschrieb: 1890 wurde das Leiden bei der Pat. entdeckt und entfernt. Ende 1896 wurden bei ihr indessen wieder so ausgedehnte Rezidive der axillaren und cervicalen Drüsen gefunden, daß eine zweite Operation ausgeschlossen war. So wurde denn im März 1897 als ultimum refugium vom Verf. die doppelseitige Oophorektomie gemacht. Im September desselben Jahres konnten irgendwelche Knoten nicht mehr gefühlt werden. Bis Herbst 1901, also 4½ Jahre, war Pat. völlig gesund. Von der Zeit ab zeigten sich wieder Erscheinungen multipler innerer Krebsrezidive, denen Pat. im Juni 1903 erlag.

Verf. empfiehlt, in ähnlichen Fällen den Pat. zur Kastration zu raten; eine Besserung soll in einem Drittel der Fälle zu verzeichnen sein.

H. Ebbinghaus (Paris).

44) **H. Morestin.** **De l'autoplastie par déplacement du sein.**

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 43.)

M. bespricht im Anschluß an einen mit gutem kosmetischen Erfolg operierten Fall die Technik und den Wert der Operation und fügt einen Vorschlag hinzu, in geeigneten Fällen die restierende Mamma (la mamelle cyclopéenne) zu halbieren, um einen normalen und symmetrischen Zustand herzustellen.

W. Sachs (Mühlhausen i. E.).

45) **Hallopeau et Laffitte.** **Sur un cas de maladie de Recklinghausen avec tumeur de volume exceptionnel.**

(Ann. de dermat. et de syph. 1903. p. 588.)

H. und L. stellten in der Soc. franç. de dermatol. et de syphil. einen Fall v. Recklinghausen'scher Krankheit vor, welcher neben vielfachen kutanen und subkutanen Fibromen zahlreiche Pigmentflecke und psychischen Defekt zeigte. Außerdem fanden sich an der Außenseite des unteren Drittels des linken Unterarmes und der Streckseite der linken Hand neben zahlreicheren kleineren Geschwülsten größere, welche den Umfang eines 2—5-Frankstückes erreichten.

Klingmüller (Breslau).

Der 21. Kongreß für innere Medizin

findet vom 18.—21. April 1904 im Universitätsgebäude in **Leipzig** *statt unter dem Vorsitze des Herrn Merkel (Nürnberg).*

Am ersten Sitzungstage werden die Herren Marchand (Leipzig) und Romberg (Marburg): **Über die Arteriosklerose** *referieren. Die ganze übrige Zeit ist den Einzelvorträgen und Demonstrationen gewidmet.*

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet:

Herr de la Camp (Berlin): Zur Methodik der Herzgrößenbestimmung.
» *N. Ortner (Wien): Klinische Beobachtungen über das Verhalten der Kreislaufsorgane bei akuten Infektionskrankheiten, insbesondere bei Typhus abdominalis.*
» *J. Wiesel: Anatomische Befunde am Gefäßsystem und am Herzen bei Typhus abdominalis.*
» *Walt. Clemm (Darmstadt): Die Diät der Gallensteinkrankheit.*
» *R. Stern (Breslau): Untersuchungen über die bakterizide Wirkung des Blutserums.*
» *Pässler (Leipzig): Herztod bei Diphtherie.*
» *E. Niessl von Magendorf (Prag): Seelenblindheit und Alexie.*
» *R. Wichmann (Harzburg): Über Neurasthenie der Volksschullehrer.*

Herr Alb. Rosenau (Kissingen): Neuer Apparat zur Magensaftgewinnung und gleichzeitiger Luftaufblähung des Magens (Demonstration).
» *F. Umber (Altona): Zur Pathologie des Stoffwechsels.*
» *Herm. Gutzmann (Berlin): Über Sprachstörungen der Neurastheniker.*
» *Ad. Schmidt (Dresden): Ein neues diagnostisches Merkmal bei Pankreaserkrankungen.*
» *Brauer (Heidelberg): Untersuchungen am Herzen.*
» *Karl Bornstein (Leipzig): Ein weiterer Beitrag zur Frage der Eiweißmast.*
» *Menzer (Halle a. S.): Die Theorie der Streptokokkusserumbehandlung beim Menschen, sowie Ergebnisse bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus und der Tuberkulose-Mischinfektion.*
» *Ernst Neisser (Stettin): Über Probepunktion und Punktion des Schädels.*
» *Rolly (Leipzig): Zur Diagnose des Typhus abdominalis.*
» *Steinert (Leipzig): Über Muskelatrophien bei supranukleären Lähmungen, besonders bei der zentralen Hemiplegie.*
» *Hans Koeppe (Gießen): Über Hämolyse.*
» *Pauli (Wien): Über den Zusammenhang physiko-chemischer Eigenschaften und arzneilicher Wirkung.*
» *Mohr (Berlin): Zur Pathologie der Anämie.*
» *Ziemssen (Wiesbaden): Heilung der Tabes.*
» *Karl Glaessner (Berlin): Zur Eiweißverdauung im Darme.*
» *Felix Hirschfeld (Berlin): Zur Prognose der Zuckerkrankheit.*
» *Erb (Heidelberg): Über Dysbasia angiosclerotica (intermittierendes Hinken).*
» *Paul Krause (Breslau): 1) Über bakteriologische Untersuchung zur Sicherung der klinischen Typhusdiagnose.*
2) Über ein bisher nicht bekanntes Symptom des Coma diabeticum.
» *G. Klemperer (Berlin): Untersuchungen über den Gehalt der Leber an Nukleoproteiden.*
» *David Weisz (Karlsbad): Der Dickdarm, seine Untersuchung und die Erklärung seiner Formverschiedenheiten.*
» *B. Laquer (Wiesbaden): Beiträge zur Alkoholfrage.*
» *Leon Asher (Bern): Beiträge zur Physiologie der Herznerven.*
» *Baur (Nauheim): Zur Bestimmung der Leistungsfähigkeit des gesunden und kranken Herzens.*
» *F. Wolff (Reiboldsgrün): Die neueren Tuberkuloseforschungen und ihre klinische Bedeutung.*
» *Joseph König (Braunau i. B.): Eine Wirkung der Hydrastiswurzel.*
» *Hugo Stark (Heidelberg): Experimentelles über motorische Vagusfunktion.*
» *Schilling (Leipzig): Schimmelpilze und Magenkrankheiten.*
» *Oscar Simon (Karlsbad): Über Vorkommen und quantitative Bestimmung von Zellulose in den Fäces.*
» *Grödel (Nauheim): Wert der Blutdruckbestimmung für die Behandlung der Arteriosklerose.*
» *S. Federn (Wien): Resultate der Blutdruckmessung an Kranken.*

Weitere Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen nimmt der ständige Sekretär des Kongresses, Herr Geh.-Rat Dr. E. Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstr. 13, entgegen.

Mit dem Kongreß ist eine Ausstellung ärztlicher Apparate, Instrumente, Präparate usw., soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen nimmt Herr Privatdozent Dr. Päßler, Leipzig, Liebigstraße 22, bis spätestens 31. März entgegen.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



// Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 11. **Sonnabend, den 19. März.** **1904.**

XXXIII. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

I.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Freimaurer-Krankenhauses in Hamburg.)

Zur Technik der Knochennaht mit Silberdraht.

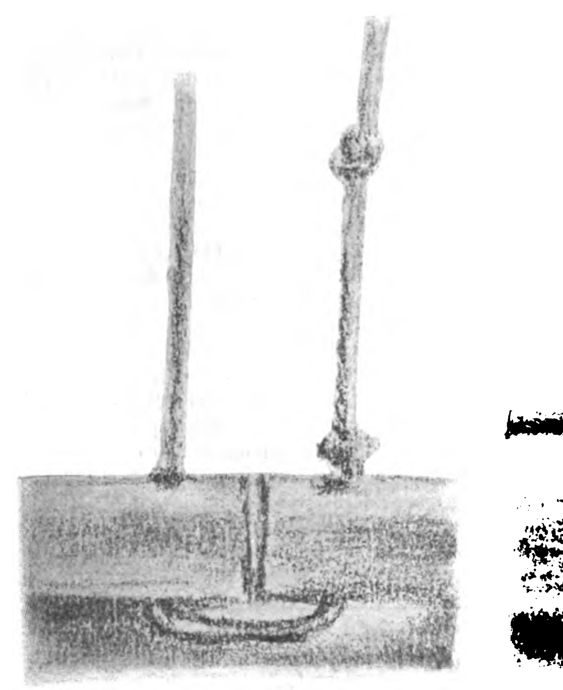
Von

Dr. **H. Grisson,** Oberarzt.

Die übliche Silberdrahtnaht der Knochen entspricht allen Anforderungen, wenn die Verhältnisse es gestatten, die Nähte zu versenken, und wenn dann aseptische Heilung erfolgt. Kommt es aber zur Eiterung, so hört diese oft nicht eher auf, als alle Drähte ent-



Fig. 1.



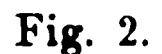
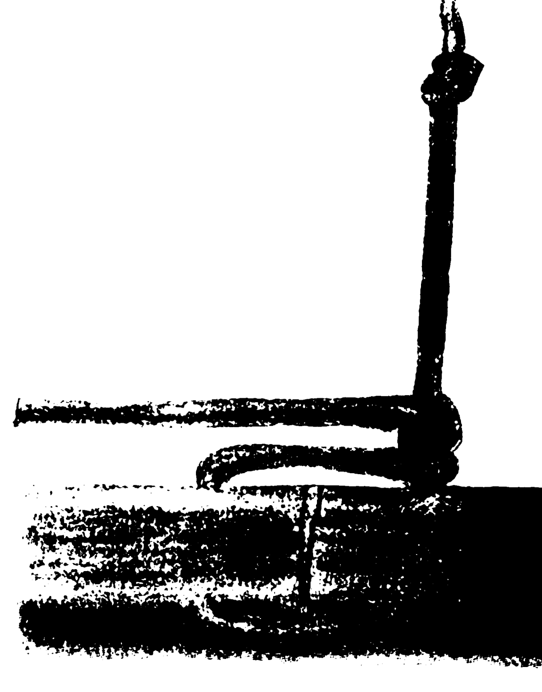


Fig. 2.



fernt sind. Läßt man bei unsicheren Verhältnissen die Drähte lang, um sie später entfernen zu können, so stößt man bei der Entfernung nicht selten auf Schwierigkeiten; hat man z. B. in der üblichen Weise den Draht durch sechs, acht, oder zehn halbe Drehungen nach rechts geschlossen und will ihn nun durch ebenso viele Drehungen nach links wieder lösen, so ereignet es sich leicht, daß in der eng gewordenen Wunde bei irgendeiner Drehung die Drähte sich ver-

haken, und dann dreht man sie nach links wieder fest. Dann wird hin und her gedreht, bis schließlich ein Draht reißt, und man kann froh sein, wenn man unter allerlei Unbequemlichkeit für den Arzt und Pat. den Draht heraus hat, ohne daß man die ganze Wunde hat erweitern müssen.

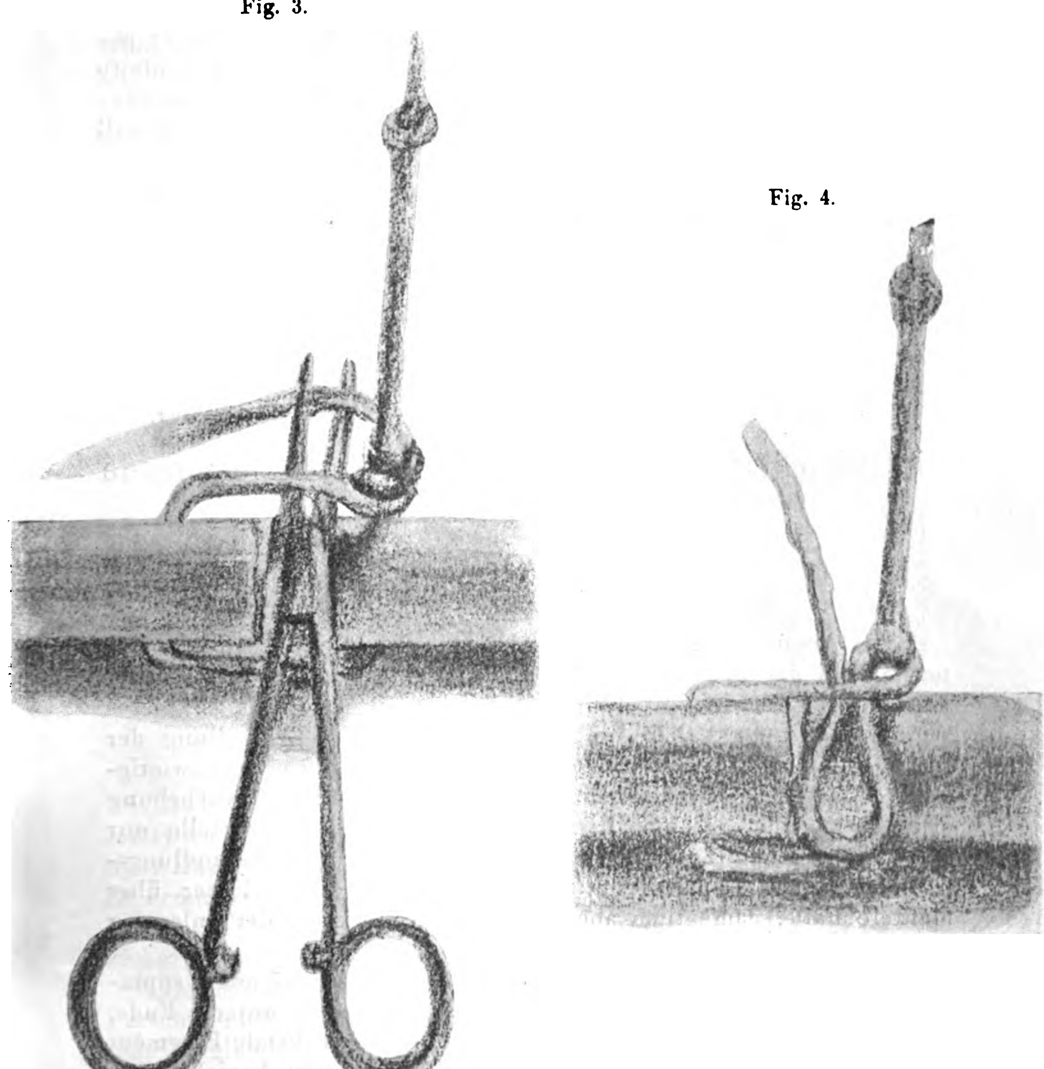


Fig. 3. Fig. 4.

Der Nahtverschluß, den ich zur Prüfung vorlegen möchte, ist fest und doch wieder leicht zu lösen.

In dasjenige Ende des Drahtes, welches aus dem bequemer gelegenen Bohrloch herausragt, wird ein Knoten geschlagen. Außer-

halb der Wunde wird dieses geknotete Drahtende durch einen zweiten Knoten zur Unterscheidung markiert. Dann wird der Knoten bis hart an das Bohrloch durchgezogen (Fig. 1), der andere Draht wird zwischen dem Knoten und dem Knochen um den geknoteten Draht fest herumgeschlungen (Fig. 2). Nun wird mit Hilfe einer Zange eine Schleife unter dem dem Knochen parallel laufenden Draht fest hindurchgezogen (Fig. 3 und 4).

Dieser Verschluß hat eine große Zugfestigkeit, je stärker er gespannt wird, desto fester wird er durch die Pressung der Schleife zwischen Draht und Knochen; er hat ferner den Vorzug der Einfachheit. Des Segelns Kundige werden ohne weiteres erkennen, daß er der Befestigung der Segelschote nachgebildet ist.

Zur Entfernung des Drahtes zieht man kurz an dem ungeknoteten Draht, bis man die Lösung der Schleife fühlt, kürzt dieses Ende möglichst weit und zieht den Draht an dem geknoteten Ende heraus.

II.

(Aus dem Bürgerhospital in Köln. Geh.-Rat Bardenheuer.)

Die Behandlung der Frakturen am unteren Femurende nach Bardenheuer.

Von

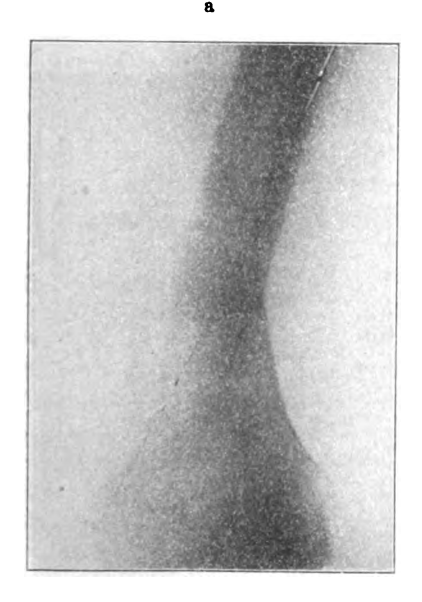
Stabsarzt **Rudolf Graessner.**

Die vorzüglichen Resultate, welche die Bardenheuer'sche Extension bei der Behandlung aller Frakturen, besonders auch bei der Behandlung der Fractura supracondylica humeri erzielt (s. dieses Zentralblatt 1903 Nr. 44), gibt sie auch bei der Behandlung der Fractura supracondylica femoris, welche ebenfalls große Schwierigkeiten bietet, sofern es sich um eine Querfraktur mit Aufhebung des Bruchflächenkontaktes handelt. Ich will an dieser Stelle nur kurz an einem Falle den Erfolg und die Prinzipien der Behandlungsmethode zeigen; an anderer Stelle werde ich ausführlicher über mehrere Fälle, namentlich aber über die Technik bei der Anlegung der Streckverbände berichten.

Die typische Dislokation der meist quer verlaufenden suprakondylären Brüche, wie überhaupt für die Brüche am unteren Ende, ja bis zur Mitte des Oberschenkels ist die, daß das distale Fragment neben seiner Verschiebung nach außen eine starke Verschiebung nach hinten erlitten hat, so daß die Bruchfläche nach hinten sieht. Das obere Fragment ist hierbei entgegengesetzt wie bei den Frakturen unterhalb der Trochanteren durch die elastische Retraktion der Adduktoren nach innen verschoben und gleichzeitig nach vorn disloziert. Außerdem besteht durch die elastische Retraktion der

Muskeln eine sehr erhebliche Verkürzung. Daß diese Brüche große Schwierigkeiten der Behandlung mittels der einfachen Längsextension oder fixierender Verbände bieten, beweisen die vielen angegebenen Lagerungsapparate, vor allem aber der Umstand, daß auch für diese Brüche die blutige Naht vorgeschlagen ist. Wenn nach König absolut fehlerlose Heilungen, d. h. Heilungen ohne jegliche Verkürzungen bei Oberschenkelfrakturen zu den Ausnahmen zu rechnen sind, und eine Heilung mit einer Verkürzung bis zu 2 cm als günstig zu betrachten ist, so gilt dieser Satz besonders für die eben erwähnten Brüche. In den Fällen, die uns zur Begutachtung überwiesen waren, betrug die Verkürzung meist das Zwei- und Dreifache.

a



b



Bardenheuer erzielt bei der Behandlung der Fractura supracondylica femoris meistens Heilungen ohne jegliche Verkürzung mit einer Dauer des Streckverbandes von durchschnittlich 5—6 Wochen. Er erreicht dieses dadurch, daß er

1) die Längsextension stärker als gewöhnlich belastet (15 bis 25 kg);

2) auch die seitlichen Verschiebungen der Fragmente, sowie die Verschiebungen nach vorn, besonders aber nach hinten, durch Querzüge ausgleicht.

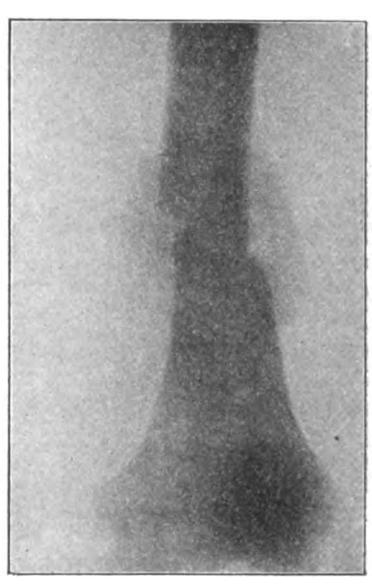
Ich habe mich durch Röntgenbilder überzeugt, daß bei Oberschenkelbrüchen von Männern die Längsverschiebung durch Gewichte von 10 bis 12,5 kg, wie sie meist als genügend angegeben werden, sich nicht ausgleichen läßt. Zur vollständigen Beseitigung der Verkürzung mußten bei muskulösen Männern 25, bei minder kräftigen und bei Frauen 20 kg, bei Kindern entsprechend weniger angehängt

werden. Ein geringer Teil der Zugkraft geht aber durch Reibung des Beines auf der Matratze (wir benutzen, um fortwährend ein klares Bild über die Lage der Fragmente zu haben, keine Schleifbretter), ferner durch die gleich zu erwähnenden belasteten Querzüge verloren. Nachteilige Folgen, wie Kapselzerrung usw., haben wir nie bemerkt.

Die Längsextension des gestreckten Beines mit den angegebenen Gewichten gleicht die Längsverschiebung vollständig aus und verbessert auch die geringe seitliche Verschiebung; dagegen wird die Dislokation des distalen Fragmentes nach hinten nur wenig beeinflußt. Im Gegenteil hält die Anspannung der Wadenmuskulatur bei gestrecktem Beine das Fragment in seiner dislozierten Stellung







zurück. Zum Vergleiche haben wir daher die Lagerungsapparate, welche eine Extension des Oberschenkels bei gebeugtem Knie ermöglichen sollen, darunter auch den von Hennequin, benutzt, haben aber schlechte Erfahrungen damit gemacht, da eine genügende Extensionswirkung bei der Kürze des distalen Fragmentes nicht erzielt werden kann. Wir benutzen daher nach wie vor neben der Längsextension des gestreckten Beines die Querzüge, wie sie Bardenheuer in Fig. 76 seines Leitfadens über die Behandlung der Frakturen und Luxationen (Stuttgart, Enke, 1890) angibt. Ich kann an dieser Stelle die Zeichnung nicht bringen und muß daher auf den Leitfaden verweisen. Die Züge wirken in der Weise, daß das proximale Fragment nach hinten, das distale nach vorn gezogen wird. Die in der Zeichnung an den Zügen angehängten Gewichte ver-

doppeln wir jetzt. Daß diese Querzüge ihre Schuldigkeit tun, mögen die beigefügten Bilder beweisen. *a* (von vorn nach hinten), *b* (von der äußeren Seite aufgenommen) geben die Stellung der Fragmente vor der Behandlung, *c* und *d* in gleicher Lage nach der Behandlung wieder. Bezüglich der Behandlungsdauer und des funktionellen Resultates erwähne ich nur, daß bei dem 23jährigen Manne, von dem die Röntgenbilder stammen, die Fraktur ohne jegliche Verkürzung geheilt ist, daß nach 5 Wochen ein fester Callus vorhanden war, daß der Mann nach 10 Wochen arbeitsfähig entlassen ist. Die Beugung im Kniegelenk blieb um 20° zurück; sonst war ein Funktionsausfall nicht vorhanden.

---

1) **E. Krompecher.** Der Basalzellenkrebs.

Jena, Gustav Fischer, 1903. 260 S. Mit 12 Tafeln und 1 Textfigur.

Verf. beschäftigt sich seit dem Jahre 1896 mit dem Studium und der Klassifizierung einer bestimmten Art von Geschwülsten, denen er den Namen Basalzellenkrebs gegeben, und deren Vorkommen in verschiedenen Organen er in mehrfachen Veröffentlichungen der histologischen Literatur bewiesen hat. Unter Basalzellengeschwulst versteht K. eine Geschwulst, die ausschließlich aus Basalzellen, d. h. aus kleineren kubischen, ovalen oder länglich zylindrischen Zellen mit chromatinreichen, intensiv gefärbten Kernen bestehen, ohne Epithelfaserung und Verhornungstendenz, während der Hornkrebs fast ausschließlich aus Stachelzellen besteht, d. h. verhältnismäßig schwach gefärbten, großen Zellen mit bläschenförmigen Kernen und deutlicher Epithelfaserung und Verhornung.

In Serienschnitten konnte Verf. in $^2/_3$ den Zusammenhang der Geschwulst mit den Basalzellen des Oberflächenepithels direkt nachweisen und somit den epithelialen Charakter der Geschwülste direkt beweisen.

Es gibt eine Reihe Typen der Basalzellengeschwülste, solide, drüsen-, spitzentuch-, schlauch- und cystenartige Typen, welche sich kombinieren können. Im Stroma kommen verschiedene Degenerationsformen vor. Martin hat unter gewissen Ovarialkarzinomen Formen als gyriforme Karzinome beschrieben, die große Ähnlichkeit mit den Basalzellengeschwülsten haben.

Klinisch sind die Geschwülste wohl charakterisiert; sie sitzen nicht an den Übergangsstellen der äußeren Haut und der Schleimhäute, sondern an einer beliebigen Stelle derselben, doch zumeist am Gesicht und an der weiblichen Brust, treten meist im Alter zwischen 40—70 Jahren auf, beginnen stets in Form eines kleinen Knötchens, das lange Jahre besteht, dann rasch ulzeriert, plötzlich rapid zu wachsen beginnt und pilzartige Geschwülste oder oberflächliche Geschwüre bildet. Regionäre Lymphknoten, Metastasen und Rezidive sind seltener.

Die Metastasenbildung und die hierdurch bedingte Bösartigkeit

scheint direkt von der Isolierung des Krebsepithels abzuhängen; die Basalzellenkrebse mit nicht nachweisbarer Isolierung der Basalzellen bleiben relativ sehr gutartig, die Stachelzellenkrebse, wo eine Loslösung des Epithels ziemlich oft erfolgt, sind bösartiger, und die Kubozellularkrebse, namentlich die Melanokarzinome, wo die Lostrennung des metaplastischen Epithels völlig aufgeklärt ist und sehr frühzeitig erfolgt, bilden die bösartigsten Krebse.

Außer an den schon erwähnten Stellen kommen auch noch Basalzellenkrebse vor an Schleimhäuten, die mit Pflasterepithel bedeckt sind (Mund, Rachenhöhle, Speiseröhre, Nasenhöhle, Kehlkopf, Portio uteri). Ihr Verhalten ist histologisch wie auch wohl klinisch an diesen Stellen analog wie an den früher erwähnten Stellen.

Auch die spindeligen Nävitumoren sind Nävikarzinome, ebenso können die von der Basalzellenschicht versprengten Epithelkeime, epitheliale Hautcysten, Atherome, Dermoide, Teratome die Struktur der Basalzellenkrebse annehmen; dahin gehören auch die Volkmann'schen, den Speicheldrüsengeschwülsten analoge endotheliale Geschwülste des Kopfes, die gutartigen Hautgeschwülste des Lymphangioma tuberosum multiplex, Endothelioma colloides und viele andere.

Schließlich kommen für die Basalzellen-Geschwulstbildung noch diejenigen Drüsen in Betracht, die auf Pflasterepitheloberflächen münden (Talg- und Schweißdrüsen, Meibom'sche Drüsen, Brustdrüsen, Speicheldrüsen, namentlich Parotis und Submaxillaris, Prostata und vor allem Hoden).

Verf. hat mit enormem Fleiß und Gründlichkeit seine Theorien zu begründen gesucht und durch äußerst detaillierte Beschreibungen und Verwertung der Literatur den aufgestellten Begriff der Basalzellengeschwulst präzisiert; Sache des Praktikers wird es nun sein, zu ergründen, ob sich die histologischen Begriffe mit den klinischen, vielfach erst zu eruierenden Erfahrungen in Einklang bringen lassen.

Scheuer (Berlin).

---

2 **Ruge.** Anleitungen zu den Präparierübungen an der menschlichen Leiche. III. vermehrte und verbesserte Auflage.

Leipzig, **Wilhelm Engelmann,** 1903. 375 S. mit 133 Fig. im Text.

»Die Präparierübungen in den anatomischen Anstalten werden von Dozenten geleitet, welchen die Rolle zufällt, die Studierenden in der Zergliederungskunst zu unterweisen. Das Buch bezweckt, bei jener Tätigkeit mitzuwirken, indem es Anleitungen für das Zergliedern menschlicher Leichen bringt, wodurch persönliche Unterweisungen ergänzt und zum Teil für sie Ersatz geboten werden soll.«

In diesem Satz ist prägnant der Zweck des Buches ausgedrückt, den es in hohem Maße erfüllt. Unter Voraussetzung einer Kenntnis der wichtigsten anatomischen Tatsachen ist es ein vorzüglicher Begleiter und Ratgeber beim präparatorischen Eingriff.

Aus dem Buche R.'s läßt sich die Anatomie weder lernen noch repetieren, aber der Nutzen der Präparierübungen wird an der Hand des mustergültigen Werkes um ein Vielfaches erhöht.

Das Werk sei den »ersten Semestern« dringend ans Herz gelegt, der Fachanatom wird seine Bibliothek gern mit dem »Ruge« bereichern.

Oettingen (Steglitz).

---

3) **E. Martin, Bleibtreu und Ludwig.** Das evangelische Krankenhaus Köln.

Bonn, 1903. 72 S., 9 Pläne, 50 Abbildgn. in Autotypie.

Die drei Autoren — die zwei erstgenannten Ärzte, der dritte Architekt — geben im vorliegenden trefflich ausgestatteten und, abgesehen von den Plänen, mit zahlreichen Außen- und Innenansichten der Anstalt versehenen Bericht die genaue Beschreibung eines neuen, mit allen Anforderungen unserer Tage ausgestatteten, äußerst praktisch angeordneten, von Gartenanlagen umgebenen Krankenhauses, das, zunächst auf etwa 150 Betten berechnet, leicht auf die doppelte Zahl ausgedehnt werden kann, ohne daß bei einer solchen Erweiterung die zentralen Wirtschaftsgebäude irgend einer Änderung bedürften. Einem jeden, der sich für solche Fragen interessiert oder für Bau und Einrichtung guter Vorbilder bedarf, sei das Studium des Originales empfohlen, das ihm bis in kleine Einzelheiten hinein als Ratgeber dienen kann.

Richter (Breslau).

---

4) **Cramer.** Krüppel und Krüppelheime.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 3.)

5) **Krukenberg** (Liegnitz). Über Krüppelanstalten.

(Ibid.)

Da bisher auf dem Wege der Gesetzgebung und durch milde Gaben für die Krüppel wenig gesorgt ist, sind beide Verff. bemüht, die Aufmerksamkeit der Mitmenschen auf diese Kranken zu lenken, die doch der Pflege und Unterweisung in so großem Maße bedürfen.

C. teilt die Krüppel in zwei große Gruppen ein:

1) in solche, die krüppelhaft geboren wurden, und

2) in solche, die ihre Mißstaltungen und Defekte nach der Geburt erworben haben, sei es durch Krankheiten oder durch Verletzungen.

Ihre Anzahl in Deutschland abzugrenzen, ist bisher nicht möglich gewesen, da in vielen Provinzen des deutschen Reiches die statistischen Zahlen zu wünschen übrig lassen; Hoffa schätzt aber immerhin die Zahl dieser unglücklichen Menschen auf 500 000.

Um die Lage dieser Krüppel zu heben, schlagen beide vor, dieselben in eigens dazu errichteten Anstalten, in Krüppelheimen unterzubringen und sie hier nach besonderen Grundsätzen, sowohl durch Schulunterricht als auch durch Erlernung eines Berufes oder Hand-

werkes, die der Verkrüppelung der Zöglinge genau anzupassen sind, zu arbeitsfreudigen, nützlichen Menschen heranzubilden.

K. hat noch berechnet, daß 1500 *M* genügen, um einen Krüppel selbständig zu machen. Deshalb fordert es nicht nur die Humanität, sondern auch das ökonomische Interesse des Staates, daß hier ganz energisch Hand angelegt wird. Es werden dadurch dem Staate nicht mehr, sondern weniger Kosten erwachsen. Von ausschlaggebender Bedeutung ist aber, daß man aus vielen lästigen, zum Teil bösartigen Menschen nützliche Mitglieder der menschlichen Gesellschaft gewinnen kann.

K. empfiehlt Krüppelanstalten nicht im Zentrum großer Städte, sondern in der Nähe von mittelgroßen Städten oder noch besser von Universitätsstädten zu bauen, wo hervorragende medizinische Kräfte zur Verfügung stehen. **Hartmann** (Kassel).

---

6) **P. Cavaillon.** Leçons clinique chirurgicale Hôtel Dieu 1902/03 par le professeur Jaboulay.

Lyon, 1904.

In dem vorliegenden Buche werden an der Hand besonders lehrreicher Fälle einzelne Kapitel der Chirurgie besprochen, und zwar so, daß unter Berücksichtigung der vorhandenen Symptome die Diagnose differentialdiagnostisch kritisch gestellt wird. Ätiologie und Pathologie werden, soweit es für das Verständnis des einzelnen Falles nötig, erörtert, desgleichen die Therapie. Hier geht Verf. naturgemäß auf die von der üblichen Art abweichenden Eigenheiten näher ein und bespricht neben den Operationsmethoden auch alle Hilfsmittel, die da einsetzen, wo die Operation versagt.

Bemerkenswert ist das Kapitel über Exophthalmus, den Jaboulay als Folge einer Sympathicuserkrankung ansieht, er hält daher die Durchtrennung oder Resektion des Nerven für die einzig logische Operation.

Gelegentlich der Besprechung eines melanotischen Sarkoms des Gesichtes, bei welchem bereits Pigment in den Blutzellen nachweisbar ist, warnt er grundsätzlich vor der Operation derartiger Fälle. Denn er ist der Ansicht, daß die Melanämie durch die häufigen Operationen — Pat. ist 8mal operiert — hervorgerufen ist (? Ref.). Er gibt Chinin.

Für die Osteosarkome der Extremitäten empfiehlt Verf. womöglich die Ausschälung der Geschwulst.

Einleitend wird des chirurgischen Wirkens von Ollier gedacht, während am Schluß die einzelnen Operationen des Jahres 1902 und die aus dem Hospital hervorgegangenen Arbeiten aufgezählt werden.

So interessant eine derartige in Frankreich sehr beliebte Abhandlung als Einblick in die Tätigkeit eines Chirurgen an einem großen Hospital an und für sich ist, ein Mangel haftet ihm für die Allgemeinheit an. Es gibt eben kein vollständiges Bild von der

Chirurgie, sondern greift einige Teile derselben willkürlich und beliebig heraus. **Coste** (Straßburg i. E.).

---

7) **E. Sonnenburg** und **R. Mühsam.** Kompendium der Operations- und Verbandtechnik.

(Bibliothek von Coler Bd. XV u. XVI. I. Teil XII u. 171 S. 150 Abb.; II. Teil XXI u. 295 S. 194 Abb.)

Berlin, **August Hirschwald,** 1903.

Das Kompendium der Operations- und Verbandstechnik von S. und M. liegt nun vollständig vor und, das sei gleich vorweggenommen, es stellt einen ganz ausgezeichneten Wegweiser für den jungen Arzt auf dem großen Gebiete der modernen Chirurgie dar. Sein großer Vorzug vor jeder anderen ausführlicheren Operationslehre liegt in der selbstgewählten Beschränkung des Stoffes »auf selbsterprobte Verfahren. Veraltete Methoden wurden weggelassen«, nur »diejenigen, die überall Anerkennung gefunden haben und die speziell auch am Krankenhause Moabit in Berlin sich bewährt haben«, wurden aufgenommen.

Der erste Teil enthält die allgemeine Operationstechnik und die Verbandtechnik. Die »Vorbereitung zur Operation (Desinfektion)« eröffnet den Band. S. spricht sich gegen die Verwendung von Handschuhen bei aseptischen Operationen aus, ebenso der Masken usw. Für eine wertvolle Warnung vor jeder Prinzipienreiterei halten wir den Abdruck der Ergebnisse der Sammelforschung über die gebräuchlichsten Desinfektionsmethoden (Brüssel 1902), welche schon dem chirurgischen Tiro zeigen müssen, wie viele Wege zum Ziel führen, und daß es eigentlich auf etwas anderes ankommt, als jede Gewohnheit des Lehrers bis ins kleinste Detail nachzuahmen. — Das nächste Kapitel, die Anästhesie, bespricht die gebräuchlichen Narkosen, die Infiltrationstechnik, die Rückenmarksanalgesie.

Den Übergang bilden die »Elementaroperationen«: Gewebstrennung, Blutstillung, Wundversorgung (Tamponade, Naht), Punktion und Aspiration, Fremdkörperentfernung usw.

Nun folgt — wie die vorhergehenden Kapitel von sehr instruktiven Abbildungen unterstützt — »die Operationstechnik an den verschiedenen Gewebssystemen«. Hier sind als besonders gelungen die Einführung in die plastischen Operationsmethoden (nach v. Langenbeck), die Sehnennaht und Sehnenplastik, die Amputationen zu nennen.

Die Verbandtechnik ist ebenfalls reich an schönen Bildern, aber wir möchten den Eindruck nicht verschweigen, daß es da sich zumeist um »Übungspatienten« handelt. Man sieht gar zu wenig Spuren von Verletzungen, Wundverbänden und vor allem charakteristischen Stellungen und Haltungen; und wir haben recht oft die Erfahrung gemacht, daß das Streben der jungen Herren, recht schön erscheinende Verbände zu machen, die Schuld an zu engen, hier und da zu Decubitus führenden Verbänden trug. Dem kann nur durch die

Wiedergabe wirklicher Stellungen und Phasen bei der Verbandanlegung gesteuert werden. Wir möchten z. B. Verletzte sehen, denen Mitellen anzulegen sind und die so stramm »Habt acht« stehen, wie die auf p. 122 und 123. — Auch scheint uns die Nichtverwendung der Organtinbinden (blauen Binden) unberechtigt zu sein. Wir haben im Gegenteil ausgiebigste Gelegenheit gehabt, uns von der vielseitigen Anwendbarkeit dieses Materiales, besonders in Verbindung mit Holzspan, Pappdeckelstreifen u. ä., für alle Arten Verbände zu überzeugen, auch für solche, welche, wie die Gehverbände ganz außerordentlichen Anforderungen genügen müssen. Für eine Art Verbände sind sie einfach nicht zu entbehren, und das sind leichte Fixationsverbände, welche täglich geöffnet werden müssen, um den Wundverbandwechsel zu gestatten. Entsprechende Organtinverbände mit irgendwelchen Verstärkungen, welche dann geschlitzt und mit Bändern versehen werden, leisten da wochen- und selbst monatelang die besten Dienste, weil sie elastisch sind und gut aufgeklappt werden können, die Form behalten und besonders leicht sind. Die von S. und M. gerühmten Wasserglasverbände sind nicht elastisch, die Guttaperchaverbände sind dicker, schwerer und unverhältnismäßig teuer.

Überaus reich an Bemerkungen, welche großer Erfahrung und sorggfältigster Beobachtung entstammen, ist der zweite Teil, die spezielle Operationstechnik. Hier ist der persönliche Charakter der Empfehlung der einzelnen Methoden noch mehr gewahrt. Es dürfte z. B. von Interesse sein, daß S. nicht prinzipiell bei bösartigen Brustgeschwülsten den ganzen Pectoralis samt Achseldrüsen ohne Eröffnung der primären Lymphwege entfernt, oder daß er bei eitriger Appendicitis womöglich den Wurmfortsatz mitzunehmen sucht. Ebenso zählt er zu den nicht mehr häufigen Verehrern des Murphyknopfes. — Auch ganz neue Verfahren sind von den Verff. aufgenommen, so die Paraffinprothesen Gersuny's. Vielleicht wird in einer nächsten Auflage auch den so wertvollen Nebennierenpräparaten ihr gebührender Platz eingeräumt werden.

J. Sternberg (Wien).

---

8) **Moll.** Die blutstillende Wirkung der Gelatine.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 44.)

Die aus dem pharmakologischen Institut der deutschen Universität in Prag stammende Arbeit gelangt zu dem Schluß, daß sowohl die lokale Applikation der Gelatine auf blutende Gewebe als auch die subkutane (intravenöse) bei bereits bestehender oder prophylaktisch einige Tage vor der zu erwartenden Blutung in experimentellen Erfahrungen — Agglutination der Blutkörperchen und Vermehrung des Fibrinogens meist um das Doppelte — ihre Begründung finden.

Hübener (Dresden).

---

9) **C. Krämer.** Das Prinzip der Dauerheilung der Tuberkulose.

(Vortrag auf der württemberg. ärztl. Landesversammlung in Hall im Juni 1903.) Tübingen, **F. Pietzcker,** 1904.

Nach der Ansicht des Verf. haben die hinter den hochgespannten Erwartungen weit zurückbleibenden Heilerfolge der auf Bekämpfung der »Disposition« gerichteten klimatisch-hygienisch-diätetischen Behandlung, einschließlich der Volksheilstättenbewegung, gleich einem Riesenexperiment den Beweis erbracht, daß es eine Disposition für Tuberkulose im hergebrachten Sinne nicht gibt; denn es gelingt durch diese Therapie zwar die Konstitutionsverbesserung sehr gut, ohne daß jedoch dadurch die Tuberkulose zur Heilung kommt. Die Empfänglichkeit für Tuberkulose ist eine allgemeine vermöge einer chemisch-biologischen Affinität des Tuberkelbazillus zum Warmblüter- und Menschenorganismus. Die einzige Therapie, welche Aussicht auf Dauerheilung bietet, ist die spezifische Immunisierung, welche die Abtötung und Eliminierung der Bazillen zum Ziele hat. Trotz der generellen Disposition des Menschen zur Tuberkulose hält Verf. nach einmal erfolgter Heilung die Gefahr einer Neuinfektion für gering; denn er vertritt die Anschauung, daß die Inhalationsinfektion gegenüber der Infektion im Kindesalter und gegenüber der kongenitalen eine nur geringe Rolle spielt. Die spezifische Immunisierung erfordert ein Komplement, das bereits im normalen Blute vorhanden ist, und einen spezifischen Immunkörper, dessen Einführung, Erzeugung und Vermehrung Aufgabe einer naturellen Therapie sein muß. Was die klimatisch-hygienisch-diätetische Behandlung leistet, deutet Verf. als eine günstige Beeinflussung der Komplementbildung und sieht darin einen großen Vorteil als Vorbereitung für die eigentliche spezifische Behandlung. Die Einführung des Immunkörpers in den Organismus ist theoretisch in verschiedener Weise möglich, praktisch wird bis jetzt das Tuberkulin am häufigsten verwendet, und zwar mit Erfolg.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

10) **H. v. Tappeiner** und **Jesionek.** Therapeutische Versuche mit fluoreszierenden Stoffen. (Aus dem pharmakologischen Institut und der dermatologischen Klinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 47.)

Bei den Versuchen wurden karzinomatöse, tuberkulöse und luetische Krankheitsherde der Haut mit 5%iger wäßriger Eosinlösung bepinselt und solange als möglich unter ständiger Bepinselung dem Sonnenlicht ausgesetzt bezw. vor eine Bogenlampe mit 25 Ampère gebracht (über Nacht usw. Verband). Die erreichten Resultate waren großenteils recht günstige, insofern — allerdings erst nach mehreren Wochen — sich gesundes Granulationsgewebe mit kräftigem Epithelsaum und an einzelnen Stellen vollständige Vernarbung

bildete, irgendwelche subjektiven Beschwerden der Pat. ausblieben. Die Eosinwirkung wurde zuweilen durch tropfenweise Einspritzungen der Lösung in die obersten Gewebsschichten verstärkt. — Über nähere Einzelheiten siehe die einen vorläufigen Bericht darstellende Arbeit.

Kramer (Glogau).

11) **O. Bernhard** (Samaden). Über offene Wundbehandlung durch Insolation und Eintrocknung. (Zugleich Einiges über klimatische Einflüsse des Hochgebirges.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 4.)

Die vorliegende Arbeit bringt einen genaueren Bericht über die im Titel angegebene Wundbehandlung, auf welche schon in Nr. 3 d. Bl. B. selbst kurz hingewiesen hatte. Verf. teilt zunächst mit, daß er schon seit längerem beobachtet habe, wie günstig und energisch sich im Hochgebirge der Wundheilungsverlauf und die Rekonvaleszenz nach größeren Operationen gestalte und wie auch lokale tuberkulöse Erkrankungen daselbst zur Ausheilung gelangen. Auf diese Erfahrungen gestützt und unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse der Physiologie über den Einfluß der Höhe auf den menschlichen Organismus, hat B. dann versucht, besonders die Sonne und Trockenheit der Luft des Höhenklimas zu örtlicher und spezifischer Behandlung heranzuziehen, d. h. Wunden stundenlang direkter Sonnenbestrahlung und der trockenen Luft auszusetzen und auf diese Weise zur Eintrocknung zu bringen, wie auch bei geschlossenen, der Oberfläche nahen Krankheitsherden diese Sonnentherapie anzuwenden. Die hiermit erzielten Erfolge waren recht befriedigende. Stark absondernde Geschwüre und Höhlenwunden wurden in kurzer Zeit rein und trocken, schwammige Granulationen besserten sich zusehends, die Überhäutung machte rasche Fortschritte; nur zuweilen kam es zu übermäßiger Austrocknung, so daß der die Wunde bedeckende Fibrinschorf stellenweise gelüftet werden mußte. Infektionen ereigneten sich niemals. Die entstehenden Narben waren kräftig und elastisch. Auch ein Fall von Scrophuloderma, der 3 Jahre lang aller Behandlung getrotzt hatte, ist nach 3monatiger Sonnenbehandlung im Winter gründlich ausgeheilt.

Kramer (Glogau).

12) **R. Kienböck.** Zur radiographischen Anatomie und Klinik der chondralen Dysplasie der Knochen mit multiplen kartilaginären Exostosen.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 47—52.)

Verf. hat neun Personen mit ausgesprochenen multiplen kartilaginären Exostosen skiagraphisch durchforschen können, teilt die Ergebnisse ausführlich und unter Wiedergabe der Bilder in Skizzenform mit und knüpft daran auf Grund dieser und der sonst bekannt gegebenen Skiagramme einige allgemeine Betrachtungen.



Was die Namengebung betrifft, so erweckt die übliche Bezeichnung »kartilaginäre Exostosen« die Meinung, daß es sich um Auswüchse an einem sonst normalen Knochen handelt. Die tiefgreifende Bildungsstörung des ganzen Skelettes mit hochgradiger Wachstumshemmung an den Extremitäten, sei es nun in generalisierter Form oder in lokalisierter, welche in gewisser Beziehung an die fötale Chondrodystrophie erinnert, verlangt eine allgemeinere Bezeichnung »chondrale Dysplasie«. Verf. schlägt vor: »Exostosendysplasie«. Obwohl die Exostosen im Skiagramm verkleinert erscheinen, so ist die Gesamtheit der einzelnen Knochenveränderungen im Skiagramm viel genauer und übersichtlicher, als es die klinische und unter Umständen sogar auch die autoptische Untersuchung ermöglicht. Die Exostosen geben im Skiagramm ein typisches Bild. In der Profilansicht erscheint der Seitenauswuchs knöchern, die Spongiosa mit der Spongiosa der Diaphyse unmittelbar zusammenhängend, darüber eine ausgebauchte, stellenweis verdickte Compacta, welche ihrerseits durch eine helle Zone von den Weichteilen, aber auch von anstoßenden Knochen getrennt ist; dieselbe entspricht dem hyalinen Knorpelüberzug. Der anliegende Knochen kann eine durch Usur entstandene entsprechende Vertiefung zeigen, in welche die Prominenz, getrennt durch die hyaline Zone, hineinpaßt, ein Verhältnis, welches sich der Untersuchung durch das Gefühl entziehen muß. In der »Aufsicht«, dem Blick durch Exostose und darunterliegenden Knochen, wobei sich also die Wucherung im Schatten der Diaphyse präsentiert, sieht man in der Diaphyse einen hellen Herd mit besonders dunkler Begrenzung durch den basalen Teil der Corticalis. Im hellen Gebiet ist noch eine eigentümliche Struktur erkennbar. Der Sitz der Geschwülste ist typisch von der Lokalisation abhängig. Am Schulterblatt finden sie sich am medialen Rand und an der Spina, an den Rippen nahe am vorderen Ende, an der Knorpelgrenze, im Hand- und Fußskelett, an den Mittelknochen und Phalangen meist unter bedeutenden Verkürzungen und mit charakteristischer Verunstaltung der Hand und des Fußes. Gewisse Lieblingsstellen finden sich übereinstimmend bei den verschiedensten Beobachtern angegeben. An den langen Röhrenknochen sind die Bezirke des stärksten Wachstums am häufigsten betroffen, am Oberarm und Unterschenkel der proximale, am Vorderarm und Oberschenkel der distale Teil des Epiphysenabschnittes. Am Vorderarm findet sich dabei typisch die starke Verkrümmung der Ulna mit Verbiegung des Handgelenkes, das Genu valgum und der Pes valgus.

Überhaupt besteht das Wesen der Affektion, wie schon oben bemerkt, nicht nur in der Exostosenbildung, sondern die Knochen sind mehr oder weniger verkürzt, häufig verkrümmt, in ihrer Struktur verändert und die Enden der Knochen diffus aufgetrieben. Die von Bessel-Hagen gemutmaßte Abhängigkeit der Verkürzung und Verkrümmung von der Größe und Mannigfaltigkeit der Exostosen findet Verf. nicht bestätigt, er hält beides für koordinierte Erscheinungs-

formen der Wachstumsstörung. Die charakteristische Knochenverdickung beginnt als kolbige Auftreibung in der Höhe der vom Knochenende entferntesten Exostose, bezw. von dem der Knochenlängenmitte nächsten Teil derselben, meist sogar ein Stück höher, indem sich die Diaphyse gegen die Exostose zu spindlig verdickt. Die diffuse Auftreibung betrifft das ganze Ende der Diaphyse und reicht, die Epiphyse in sich begreifend, bis zur terminalen Gelenkfläche, in der Regel ohne diese selbst zu deformieren. Die Veränderung der Struktur besteht in Porose, die Corticalis ist verdünnt, das Spongiosagerüst weitmaschiger als normal, die Lagerung der Knochenbälkchen abnorm. Der Diaphysenkolben ist also von dem Zeitpunkt des ersten Auftretens der Störung abnorm gebildet, und die weiteren Störungen in der Proliferation, Verkalkung und Verknöcherung des Knorpels hinterlassen ihre Spuren in Gestalt querer dunkler Schattenstreifen, Spongiosaverdichtungen, welche die Stelle der Epiphysenzonen zu verschiedenen Zeitpunkten markieren. Daher erklären sich die im Röntgenbild auffällig helleren Kerne, welche mehr einer Aufblähung des Knochens als Vermehrung von Knochensubstanz entsprechen. So kann es auch zu einer Verschmächtigung des Knochens kommen, und die Grenze gegen die gesunde Diaphysenmitte kann durch eine Diaphysenmarke gekennzeichnet sein. Der von Hoffa angenommene verfrühte Abschluß der Ossifikation des Skelettes, welchen dieser in ursächlichen Zusammenhang mit der Krankheit bringt, findet sich bei den Fällen des Verf. in entsprechender Alterstufe nicht, weswegen er dessen Meinung für irrtümlich hält.

Eine Kombination des Leidens mit Knochengeschwülsten und Exostosen, welche von anderen Autoren hervorgehoben ist, findet sich unter den Fällen des Autors nicht mit Sicherheit, nur in einem Falle mag ein zentraler Aufhellungsherd ohne entsprechende Ausbuchtung nach außen einen porotischen Herd oder ein Enchondrom im Innern des Femur vorstellen. Dagegen reiht er noch einen Fall von Sarkom der Fibula in Kombination mit multiplen kartilaginären Exostosen aus eigener Beobachtung an. Von sonstigen Kombinationen hält Verf. das seltene Zusammenvorkommen von multiplen kartilaginären Exostosen mit partiellem Klein- und Riesenwuchs und ähnlichen Mißbildungen für erwiesen, dagegen nicht das mit Myositis ossificans progressiva.

Herm. Frank (Berlin).

---

13) **A. A. Berg.** The joint complications of acute pyogenic osteomyelitis, with especial reference to the treatment of the purulent forms of arthritis.

(New York med. record 1903. September 12.)

B. warnt vor Täuschungen bei der Diagnose der akuten Gelenkentzündung, welche fast immer eine sekundäre Erscheinung darstellt, da die Synovialis, wie andere seröse Häute, sich äußerst selten idio-

pathisch entzünde. Frühe und genaue Diagnose der akuten Infektion des Knochens mit rascher Öffnung und Drainage der Markhöhle rettet manches Gelenk vor schwerer Entzündung und dauernder Funktionsstörung.

B. unterscheidet als häufiges und oft erstes Symptom einer violenten Osteomyelitis die Pseudoarthritis, welche sozusagen als sympathetische Reaktion in der Nähe eines Infektionsherdes aufzufassen ist und nicht selten fälschlich als akuter Gelenkrheumatismus angesprochen wird. Die wahre Gelenkentzündung erfordert dagegen chirurgischen Eingriff, ist metastatisch entweder direkt vom Knochen aus oder auf dem Blutwege hervorgerufen. Differentialdiagnostisch bleibt es wichtig, daß andere Gelenkerkrankungen die periartikuläre Entzündung meist vermissen lassen und zuerst auf die Synovialis beschränkt sind.

Verf. hält es für besonders wichtig, auf zwei verschiedene Formen der eitrigen Gelenkentzündung hinzuweisen. Bei der einen ist das eitrige Exsudat das Wesentliche und wenig Veränderungen im Gelenk vorhanden, bei der anderen ist das Exsudat von sekundärer Wichtigkeit und die Hauptsache die destruktive Entzündung der Synovialis, der Knochen und der Bänder. Während im ersteren Falle Inzision, Drainage usw. genügt, ist breite Eröffnung und Tamponade für die schweren Fälle erforderlich, und zwar für das Kniegelenk (nach Mayo) Querschnitt durch die Kniescheibe, für Ellbogen und Handgelenk ebenfalls breite Eröffnung und Aufklappen.

Für spätere Ankylosen werden plastische Operationen, besonders die Einführung von Magnesiumplatten oder Fascienstücken zwischen die Gelenksflächen empfohlen.

Die Behandlung bietet zwar sonst nichts Neues, enthält aber klare Grundsätze. **Loewenhardt** (Breslau).

---

14) **Painter** and **Erving.** Chronic villous arthritis, with special reference to its etiology and pathology.

(Med. news 1903. November.)

Verff. stützen ihre Ausführungen auf 33 klinisch beobachtete und histologisch untersuchte Fälle, aus denen sie den Schluß ziehen, daß die Polyarthritis chronica villosa keinen ätiologisch einheitlichen Krankheitsbegriff darstellt, sondern sich auf der Grundlage sehr verschiedenartiger Gelenkaffektionen entwickeln kann. In Betracht kommen Traumen, Tuberkulose, Gonorrhöe, Syphilis, Gelenkrheumatismus, Arthritis deformans. Am häufigsten wird das Kniegelenk befallen, dann folgen Schulter-, Fuß- und Hüftgelenk. Die mikroskopische Untersuchung der hypertrophierten Zotten ergibt die Zeichen der chronischen Entzündung. Dabei ist auffallend, daß die zahlreichen neugebildeten Gefäße, besonders im Zentrum der Zotten, vielfach endarteriitische Veränderungen aufweisen, und daß sie dort, wo das Fettgewebe besonders reichlich ist, sehr klein und ihre Lichtungen häufig obliteriert sind.

Die Therapie soll individualisieren. Bei richtiger Auswahl der Fälle und zielbewußtem Vorgehen zeitigt namentlich die operative Therapie sehr zufriedenstellende Resultate.

Ein Überblick über die einschlägige Literatur beschließt die Abhandlung. **Kleinschmidt** (Charlottenburg).

---

15) Grisel. De l'ostéomyélite vertébrale aigue primitive des vertèbres.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 5 u. 6.)

Die Mitteilung zweier eigener Beobachtungen von akuter primärer Wirbelknochenentzündung an 9jährigen Kindern mit glatter Ausheilung nach einfacher Spaltung des Lendeneitersackes gehen der Entwicklung des Krankheitsbildes, wie es sich aus Literaturstudien ergibt, voran. Von 64 bekanntgegebenen Fällen konnten 56 als unzweifelhafte Krankheitsbeispiele dazu benutzt werden. In 53 Beobachtungen (30 Tote, 23 Heilungen) ist der Sitz genau angegeben. Für die Prognose fällt ins Gewicht, daß bei 6 Sakralosteomyelitiden stets der Tod, bei 28 lumbaren 15mal Tod, 13mal Heilung, bei 10 dorsalen 3mal Tod, 7mal Heilung, bei 4 cervicalen 2mal Tod, ebenso oft Heilung, bei 5 Suboccipitalosteomyelitiden 4mal Tod, 1mal Heilung eingetreten ist. Unterschieden nach dem Sitz der Krankheit im Wirbel zeigt sich bei 29 Wirbelkörpererkrankungen 22mal Tod, 7mal Heilung, bei 24 Bogenerkrankungen 8mal Tod, 16mal Heilung, für beide Lokalisationen also fast das umgekehrte Verhältnis der Prognose.

Nach dem Alter ist das Hauptkontingent zwischen 5 und 15 Jahren zu finden. Die jüngste Beobachtung betrifft ein 17tägiges, die älteste ein 30jähriges Individuum, Knaben sind mehr als doppelt soviel wie Mädchen vertreten. In 11 Fällen ist die Ätiologie bekannt, davon 7mal als Trauma; in den eigenen Beobachtungen war einmal eine Angina, in der anderen ein Furunkel die Ausgangsstelle der Infektion. Bakteriologisch ergab sich bei 18 untersuchten Fällen 13mal der Staphylokokkus aureus, 1mal albus, 2mal Streptokokkus, 1mal alle drei zusammen, einmal Tetragenus.

Pathologisch-anatomisch zeigt sich, abgesehen von der Sakral- und Suboccipitalerkrankung, 19mal der Körper, 21mal der Bogen, 3mal der gesamte Wirbel betroffen. Bei der Körpererkrankung kam es in den 7 Heilungs- und 18 Todesfällen niemals zur Sequesterbildung; im wesentlichen handelt es sich dabei um Periostablösung, Epiphysentrennung, rarefizierende Ostitis und Auflösung des Gefäßnetzes. Bei der Bogenerkrankung kam es 7mal zur Sequesterbildung und jedesmal dabei zur Heilung. Zur Wirbeldeformation kommt es sehr selten, unter den 56 Fällen ist sie nur 5mal beobachtet, sonst ist die schiefe Haltung lediglich durch die Muskelkontraktur bedingt, ein Dauerbuckel ist nur einmal (Israel) übrig geblieben; das Bild ist also durchaus ein anderes wie bei der tuberkulösen Wirbelerkran-

kung, wobei zum Teil auch die irritative ausgleichende Knochenneubildung mitspielt, während andererseits aber auch der Kallus durch Rückenmarksdruck wiederum verderblich wirken kann. Der beständigste Begleiter der Erkrankung ist der Abszeß, dessen Erscheinen natürlich von dem Sitz derselben abhängt; bemerkenswert erscheint die üble Bedeutung des Psoasabszesses, da von 8 solchen 6 tödlich geendet haben. Innerhalb der Rückenmarkshöhle bleibt er in der Regel extradural, von 15 solchen Fällen war 8mal der Körper, 7mal der Bogen die Ausgangsstelle (12mal lumbar, 2mal dorsal, 1mal cervical); nur 3 Fälle sind davon geheilt, und zwar Bogenerkrankungen im Lendenteil. Ob die dabei beobachteten nervösen Störungen auf einfacher Kompression oder organischer Veränderung des Rückenmarkes beruhen, ist auch bei der Autopsie in der Regel schwer zu erkennen. — Pleuropulmonale Veränderungen sind 10mal bemerkt, sei es durch den fortfressenden Eiter oder auf dem Wege der Allgemeininfektion. Auch bei der letzteren Form scheint sich die Wirbelkörpererkrankung als Ausgangsstelle übler zu verhalten. (5mal hierbei Tod, der eine Heilungsfall betrifft eine Bogenosteomyelitis.) Auf ein Gefäßsymptom hat Lannelongue aufmerksam gemacht, die Markierung eines venösen subkutanen Gefäßnetzes, wegen der Thrombosierung der Wirbelgefäße.

Von den 21 Bogenknochenmarkentzündungen betreffen 15 den Lendenteil, 6 den Rückenteil. Das Symptomenbild ist wegen der etwas oberflächlicheren Lage ziemlich deutlich. Der Abszeß, welcher im Mittel um den zehnten Tag etwa herum erscheint, reichte 7mal in den Wirbelkanal hinein (mit 3 Heilungen, 4 Todesfällen). Im ganzen sind von den 21 Pat. 6 gestorben, 15 geheilt, und zwar geht die Heilung ganz anders wie bei der Extremitätenosteomyelitis auffallend glatt vor sich, fast ohne sekundäre Sequesterbildungen, sekundäre Eiterungen u. dgl. Die Sequester stoßen sich nach einigen Wochen von selbst in der Wunde ab; der Verlauf im ganzen ist also, wenn die Gefahr der primären Allgemeininfektion nicht überwiegt, ein verhältnismäßig sehr günstiger. Anders bei der Körpererkrankung, wo von 22 Fällen 14 tödlich und nur 8 in Heilung ausgegangen sind. Auch hier gibt es so gut wie keine Fistelbildungen oder verschleppte Eiterungen, sondern der Kranke wird nach der Spaltung des Abszesses entweder rasch gesund oder stirbt.

Für die spezielle Symptomatologie der Körpererkrankungen in den einzelnen Bezirken gibt der Autor kurze Charakteristiken: Für die Halswirbelkörpererkrankung ist bei drei Beobachtungen bezeichnend der Grad der Steifigkeit in der Haltung, die Möglichkeit, den Abszeß von vorn zu fühlen, die Schwere der nervösen Symptome durch die Wirbelkanaleiterung. Die Brustwirbelkörpererkrankung ist bezeichnet bei 5 Fällen, von denen 3 gestorben sind, durch ihre Schwere; die beiden lebengebliebenen Fälle sind mit einer Fistel und einer Myelitis davongekommen. Bei den 14 Lendenwirbelkörpererkrankungen gab es ebenfalls nur 4 Heilungen. Der häufige Tod

erklärt sich durch die Vereiterung des Körperknochgewebes mit akuter Sepsis oder eitriger Infiltration der tiefen Muskelmassen und des Wirbelkanals. Die suboccipitale Osteomyelitis spielt sich in 5 Fällen am Atlas und Epistropheus ab mit charakteristischen klinischen Zeichen und meningo-encephalitischen Komplikationen. Vereiterungen des Körpers sind unbedingt tödlich, bei Bogenerkrankungen ist, wenn die Eiterung hinten zugänglich ist, Heilung möglich. Am Os sacrum gibt es 7 Erkrankungen, eine einzige mit oberflächlicher Eiteransammlung ist geheilt. 2mal handelte es sich dabei um metastatische Eiterungen bei Neugeborenen.

Was die Therapie betrifft, so ist es bei 40 Pat. zur Operation gekommen, und davon sind 23 geheilt, 17 gestorben. Bei den 23 Heilungen war 16mal der Bogen, 7mal der Körper des Wirbels ergriffen. 16mal wurde eine einfache Eiterentleerung vorgenommen (10mal bei Bogeneiterung, 6mal bei Körpererkrankung), 2mal Auskratzung hinzugefügt und 5mal Resektion von Proc. spinos. transversi, Bogensegmenten, Rippenteilen. Bei den 17 Todesfällen handelt es sich um 6 Bogen- und 11 Körpereiterungen. Bei den 6 Bogeneiterungen und bei 6 Körpereiterungen wurde eine einfache Inzision gemacht; 4mal wurde ohne Erfolg der Knochen selbst angegriffen (das Kreuzbein). Es zeigt sich, daß, wo die einfache Inzision und Sorge für freien Abfluß des Eiters nicht zur Heilung geführt hat, auch die eingreifenderen Operationen keinen Erfolg gehabt haben, und dies betrifft sowohl die Bogeneiterungen wie die prognostisch von vornherein so viel ungünstigeren Körpererkrankungen.

Herm. Frank (Berlin).

---

16) **P. Stolper.** Die Beziehungen der Rückenmarksverletzungen zu den chronischen Rückenmarkskrankheiten vom gerichtlich- und versicherungsrechtlich-medizinischen Standpunkte.

(Zeitschrift für Medizinalbeamte 1903. Hft. 22.)

Verf. weist darauf hin, daß die Rückenmarksverletzungen, die zum weitaus größten Teil subkutane sind, eine ausgesprochene Heilungstendenz haben und selbst bei anfänglich schwersten Erscheinungen oft ein überraschend gutes Resultat geben. Traumatische Rückenmarksnarben haben in keiner Weise progredienten Charakter. Der Zusammenhang von Rückenmarksverletzungen mit chronischen progredienten Rückenmarksleiden, wie Syringomyelie, Tabes, multipler Sklerose, progressiver Muskelatrophie, spastischer Spinalparalyse, ist bis jetzt noch nicht erwiesen. Ebenso unerwiesen ist das Vorkommen der Rückenmarkserschütterung als gesondertes Krankheitsbild. S. ist der Meinung und gibt ihr mit großer Entschiedenheit Ausdruck, daß der Begriff der Rückenmarkserschütterung überhaupt ausgemerzt werden sollte. Sie ist in praxi noch nie einwandsfrei beobachtet, und

die darüber angestellten Tierexperimente sind wegen der völlig andersartigen Entstehung beim Menschen nicht beweisend.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

17) **v. Bergmann.** Die Behandlung des Panaritium.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1904. Nr. 1.)
Jena, Gustav Fischer, 1904.

Diese neue, von dem Zentral- und den Landeskomitees und den Vereinigungen für das ärztliche Fortbildungswesen herausgegebene, unter ständiger Mitwirkung von v. B. und M. Kirchner von R. Kutner redigierte Zeitschrift soll die theoretischen Vorträge der Fortbildungskurse der Gesamtheit der Ärzte zugänglich machen und überhaupt die Kurse dadurch ergänzen, daß »sie dem praktischen Arzte das Lehrmaterial in der für ihn besonders geeigneten Form zusammenfassender Aufsätze darbietet. Auf alle Sondergebiete sich erstreckend, sollen letztere jeweilig eine für die ärztliche Praxis wichtige Frage so umfassend behandeln, daß der Leser von deren gegenwärtigem Stand ein klares und für die Nutzanwendung brauchbares Bild erhält«.

Insbesondere soll auch über alle Fortschritte auf dem Gebiete der Therapie und ärztlichen Technik berichtet werden.

Um diesen Zweck zu erreichen, hat die Redaktion bereits namhafte Vertreter aller medizinischen Disziplinen zu entsprechenden Beiträgen gewonnen, die gewiß vor allem die Aufgabe des Unternehmens, »ein weiteres wertvolles Mittel zur Verbreitung und Förderung des ärztlichen Wissens zu sein«, erfüllen helfen.

Das Programm läßt erwarten, daß die Zeitschrift einen großen Leserkreis findet, zumal Anregungen zur Bearbeitung praktisch wichtiger Themata nach Möglichkeit berücksichtigt werden sollen.

Das vorliegende Heft eröffnet v. B. selbst mit einem Vortrag: »Die Behandlung des Panaritium«.

In der klassischen Darstellung des Krankheitsbildes ist besonders die Anschaulichkeit hervorzuheben, mit welcher der Einfluß des anatomischen Aufbaues der Subcutis der Fingervola und -dorsalseite auf den Verlauf des Panaritium geschildert wird, das stets als eine primäre Phlegmone des Unterhautbindegewebes beginnt und erst in weiterer Ausbreitung Sehnenscheiden, Knochen und die kleinen Gelenke ergreift. Wegen dieser Verhältnisse ist die Unterscheidung von Panaritium subcutaneum, synoviale, ostale und artikulare nur verwirrend.

Die einzig empfehlenswerte Therapie ist die Frühinzision. Widerstrebt der Kranke dieser, so ist die Ruhigstellung durch Einhüllen in Watte und eine alle Finger, Hand und Vorderarm fixierende Schiene am meisten empfehlenswert.

Vor Umschlägen jeder Art warnt v. B. eindringlichst. Die Quellung der oberen Hautschichten bezw. die Austrocknung (durch Alkohol) kann nur schädlich wirken. Auch der Alkohol kann wie

die Karbolsäure zur Mumifikation führen, so daß, wie in einem vom Vortr. beobachteten Falle, die Exartikulation nötig wird.

Gutzeit (Neidenburg).

---

18) **Hobensack.** The treatment of fractures of the radius between the insertions of the pronator muscles.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1903. Dezember.)

H. bespricht die Behandlung der Frakturen des Radius zwischen den Ansatzstellen des Pronator teres und quadratus. Die gebräuchliche Fixation dieser Frakturen in halber Supination des Unterarmes ist, wie Röntgenbild, klinische Erfahrung und anatomische Erwägungen zeigen, in vielen Fällen unrichtig. Denn die pronierte Stellung des proximalen Fragmentes läßt sich oft nicht beseitigen, während das periphere Fragment leicht in pronierte Stellung gebracht werden kann; die Reposition und Fixation muß also so geschehen, daß sie der Stellung des proximalen Fragmentes sich anpaßt, also event. in Pronation. Sind die Bruchenden in dieser Stellung gut adaptiert, so sind spätere Funktionstörungen durch übermäßigen Kallus oder Verknöcherung des Ligamentum interosseum nicht zu befürchten. (2 Abbildungen.)

Mohr (Bielefeld).

---

19) **Hartmann** (Kassel). Ein Beitrag zur Behandlung der Ischias.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 3.)

In manchen Fällen von Ischias empfiehlt H. die unblutige Dehnung des Nervus ischiadicus in der Weise, daß der Oberkörper bei fixierten unteren Extremitäten mit beiden Händen von dem zu Häupten stehenden Operateur erhoben und den unteren Extremitäten derartig genähert wird, daß der Oberkörper eine kleine Neigung nach der kranken Seite erfährt. Wenn die Dehnung in dieser Weise ausgeführt wird, indem der Oberkörper als Hebelarm benutzt wird, ist die Wirkung am Nerven ausgiebiger. Denn sobald die kranke Extremität nach der landläufigen Methode plötzlich und maximal im Hüftgelenk gebeugt wird, spannt Pat. die durch die Krankheit schon an sich gereizte Muskulatur dieser Extremität mit an, so daß die Beugung nicht so ausgiebig und mithin die Zerrung des peripheren Nerven an der Sehnenscheide nicht so beträchtlich sein kann. Bei jeder Flexion fühlen sich hierbei die Oberschenkelflexoren bretthart an, sind äußerst empfindlich und schalten die Wirkung nicht unerheblich aus. Bei der Beugung des Oberkörpers bei fixierten unteren Extremitäten dagegen ist der Muskeltonus erheblich schlaffer, so daß die Übertragung der Kraftwirkung auf den Nervus ischiadicus weit mehr zur Geltung kommen muß.

(Selbstbericht.)

---

20) **v. Friedländer.** Beitrag zur operativen Behandlung des Klumpfußes und des Plattfußes.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 40.)

Anläßlich eines Falles von beiderseitigem angeborenem Klumpfuß bei einem $5^1/_2$ Jahre alten Kinde, der mehrfachen von berufener Seite unternommenen Versuchen der unblutigen Behandlung trotzte, hat v. F. folgendes Verfahren eingeschlagen, welches ihm aus theoretischen Reflexionen eine bessere Wirkung versprach als die zurzeit geübten Methoden der Exstirpation des Talus und die Keilresektion aus dem Tarsus.

Bogenförmiger, nach unten konvexer Schnitt unterhalb des Malleolus ext. von der Insertion der Achillessehne nach vorn bis zum vorstehenden Teil des Taluskopfes, ohne Verletzung des lateralen Teiles der Strecksehnen. Eröffnung des Talocalcaneusgelenkes. Unter forcierter Supination des Fußes wird das Gelenk immer mehr zum Klaffen gebracht und das Talonavikulargelenk an seiner plantaren Seite eröffnet, worauf der Fuß sich so umklappen läßt, daß die Sohle nach oben sieht. Hierauf wird mit Meißel und scharfem Löffel die deforme Gelenkfläche von Talus und Calcaneus modelliert, so daß erstere konvex, letztere konkav gestaltet wird; dabei wird von der Außenseite der Gelenkflächen etwas mehr weggenommen als von der Innenseite.

Das unregelmäßige Sattelgelenk ist jetzt in ein Kugelgelenk mit großem Radius der Krümmungsflächen verwandelt, welches folgende Korrektionsbewegungen gestattet: 1) Pronation durch Drehung des Calcaneus um die Sagittalachse; 2) Behebung der Adduktion des Calcaneus durch Drehung um die vertikale Achse; 3) Behebung der Spitzfußstellung (event. Tenotomie) durch Drehung des Calcaneus um die Frontalachse. Alle diese Bewegungen lassen sich mit Leichtigkeit ausführen.

Hierauf folgt die Korrektur der Adduktion des Vorfußes. Von der klaffenden Wunde aus werden die letzten Bandreste zwischen Talus und Naviculare durchschnitten, ebenso am Gelenk zwischen Fersenbein und Cuboideum, so daß das ganze Chopart'sche Gelenk weit klafft. Alle sich spannenden Stränge der Planta und die Lig. calcaneo-cuboidea fallen diesem Akte der Operation zum Opfer. Jetzt läßt sich die Stellung des Vorfußes leicht korrigieren, auch hinsichtlich der Torsion und Inflexion. Gipsverband.

In dem von v. F. derartig operierten Falle wurde ein ausgezeichnetes Resultat erzielt. Nach Verbandabnahme am 12. Tage standen die Füße genau wie nach der Operation in korrigierter vorzüglicher Stellung, ohne Druckspuren erkennen zu lassen, die auf ein Zurückfedern in die pathologische Stellung hätten schließen lassen, das Kind kann die Füße aktiv pronieren.

Verf. schlägt nun für die Fälle von hartnäckig rezidivierenden schweren Plattfüßen dieselbe Operation vor, nur mit dem Unter-

schiede, daß man hierbei von den medialen Gelenkspartien mehr fortnimmt als von den lateralen. Doch dürfte die Eröffnung des Gelenkes zwischen Calcaneus und Cuboideum, ein wesentlicher Teil der Klumpfußoperation, beim Plattfuß entbehrlich sein. Die nach dieser Operation zu erwartende Ankylosierung des Talo-Calcaneusgelenkes dürfte nach Ansicht v. F.'s für die Funktion des Fußes nicht von Belang sein, hingegen eine Gewähr für die Stabilität des Resultates ohne langwierige Nachbehandlung geben.

Hübener (Dresden).

---

21) **S. Ehrmann.** Über Herpes progenitalis und Schmerzen in der Regio pubica bei Plattfuß.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 34.)

E. hat auf die in der Überschrift angegebenen und von ihm schon im Jahre 1891 in einer dermatologischen Zeitschrift mitgeteilten Begleiterscheinungen des Plattfußes bereits seit 1887 geachtet und sammelte 362 Fälle, die wegen ihrer inguinalen Schmerzen Hilfe suchten. Bei ca. 10% davon fand sich rezidivierender Herpes praeputialis. Interessant ist dabei die Angabe, daß etwa $^1/_4$ der Pat. erst bei der Untersuchung erfahren haben, daß sie einen Plattfuß besaßen.

Den Zusammenhang zwischen beiden Affektionen erklärt E. anatomisch folgendermaßen:

Der Plattfuß beeinflußt die Stellung des Oberschenkels zum Becken in der Weise, daß der Oberschenkel beim Stehen des Pat. in Abduktionsstellung und leichte Rotation nach innen gebracht wird. Durch diese Abduktion wird der Teil der Verstärkungsbänder des Hüftgelenkes, welcher sich am horizontalen Schambeinast ansetzt (Lig. pubo-femorale), angespannt und dadurch jene Schmerzen verursacht, welche die Pat. irrtümlicherweise in die Drüsen oder in das Genitale verlegen. Erst auf Betasten des Schambeines in der Gegend der Insertionsstelle des Bandes wird die schmerzhafte Stelle genau angegeben, an der häufig auch eine Anschwellung des Periostes getastet werden kann.

Bei der Abduktionsstellung, namentlich mit leichter Rotation nach innen, wird aber auch noch jener Teil des verstärkenden Hüftgelenksbandes gespannt, welcher, in die Gelenkskapsel übergehend, sich an jener Stelle inseriert, wo auch in geringer Entfernung davon das Lig. spinoso-sacrum von der Spina posterior entspringt. Dies letztere Band ist es, welches der Nervus pudendus communis kreuzen muß, um unter dem Musc. pyriformis wieder ins Becken zu gelangen. Dieser Nerv aber kommt allein für die Frage des Herpes praeputialis in Betracht.

Man muß nun annehmen, daß durch die Abduktion die hinteren Teile des Gelenkbandes, die an der Basis der Spina posterior entspringen, dauernd gezerrt werden, daß sich dort im Periost zeitweilig ein länger dauernder Zustand von Hyperämie und Entzündung ent-

wickelt, der sich auf den angrenzenden Teil des Lig. spinoso-sacrum fortsetzt und entweder den darüber ziehenden N. pudendus communis drückt oder durch Hyperämisierung seiner Gefäße einen Reizzustand in demselben verursacht.

Diese Annahme entspricht auch den Angaben von intelligenten und aufmerksamen Pat., die bei Vorkommen von Herpes praeputialis bei Plattfuß im Gesäß eine einzige genau umschriebene Stelle als schmerzhaft bezeichnen. Diese entspricht stets dem Kreuzungspunkt des N. pudendus communis und des Lig. spinoso-sacrum.

Hübener (Dresden).

Kleinere Mitteilungen.

Kurze Bemerkungen zur Technik der Paraffininjektionen.

Von

Dr. **Albert E. Stein**,
dirigierendem Arzte der chirurgischen Abteilung am Augusta-Viktoria-Bade zu Wiesbaden.

Die Paraffininjektionen haben sich, obwohl es in der ersten Zeit nicht an Gegnern gefehlt hat, bereits allenthalben und in fast allen medizinischen Spezialdisziplinen einen Platz erobert und werden diesen auch dauernd behaupten.

Es gibt heute wohl nur noch einen Vorwurf, der von mancher Seite gegen die Paraffininjektionen erhoben wird, daß sie nämlich die Gefahr der Embolie, und zwar der Lungenembolie im Gefolge hätten. Diese Gefahr ist der Ausgangspunkt eines wissenschaftlichen Streites geworden. — Wie kann die Emboliegefahr sicher vermieden werden? Antwort: Durch Anwendung einer nicht flüssigen Injektionsmasse, welche in sich selber eine so große Kohäsionskraft ihrer Teile trägt, daß es dem Blutstrom unmöglich ist, Partikelchen abzureißen und mit sich fortzuschleppen. Ich habe von diesem Gesichtspunkt aus in allen meinen bezüglichen Publikationen (mit Ausnahme der ersten, bei der meine Technik noch in den Kinderschuhen steckte)[1] geraten, eine Paraffinmischung einzuspritzen, deren Schmelzpunkt eben noch so hoch liegt, daß man die Masse in pastösem Zustande durch die Kanüle auspressen kann. — Dem gegenüber hat Eckstein, der Verfechter der Hartparaffininjektionen, immer wieder darauf bestanden, sein Hartparaffin von sehr hohem Schmelzpunkt einzuspritzen (50—58°). Dieses muß aber immer in flüssigem Zustande injiziert werden. Selbstverständlich ist bei dem ganz harten Paraffin, wenn es erst einmal im Körper erstarrt ist, was wenige Sekunden nach der Einspritzung geschieht, eine nachträgliche Embolie ganz ausgeschlossen; sie ist aber nicht ausgeschlossen im Augenblick der Injektion selber. Denn das Paraffin muß in ganz flüssigem Zustand eingespritzt werden, um überhaupt durch die Kanüle durchtreten zu können. Alle Embolien etablieren sich aber im Augenblicke der Injektion, wenn auch die Symptome zuweilen erst nach einigen Minuten zum Ausdruck gelangen. Die von Eckstein oft angeführte Tatsache, daß Hartparaffinembolien überhaupt noch nicht passiert seien, besteht nicht zu Recht. Das Gegenteil beweist ein Fall von Lungenembolie, den Broekaert[2] bei Injektion eines Paraffins vom Schmelzpunkte 50° (nicht 45°) in die untere Muschel der

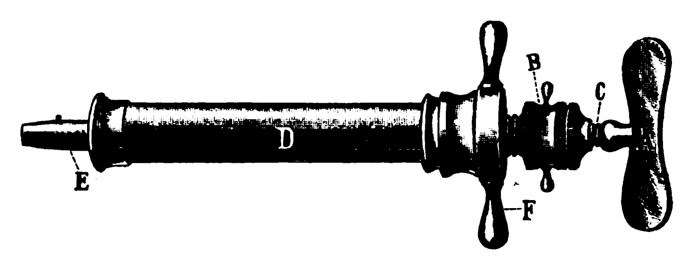
[1] Deutsche med. Wochenschrift 1901. Nr. 39 u. 40.
Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 32.
Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 36 u. 37.
Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1902 usw.

[2] Bull. de la soc. belge d'otologie et de laryngologie 1902, Juni und persönliche Mitteilung.

Nase erlebte; und weiter eine ganze Reihe von leichten Emboliefällen, die bei flüssigen Hartparaffininjektionen ebenfalls wegen Ozaena[3] vorgekommen sind; die letzteren beziehen sich allerdings nur auf die Gesichtsvenen; doch ist dies für das Prinzip ohne Belang. Unter **100** Injektionen kamen **25** Phlebitiden vor.

Wäre es möglich, ein Hartparaffin (sensu strictiori) herzustellen, das die Eigenschaften des Weichparaffins besäße, welches also erstens pastös injiziert werden könnte und auch in anatomischem Sinne sich so verhielte wie das Weichparaffin, d. h. einer Durchwachsung mit Bindegewebe sich nicht widersetzte, so wäre diesem der Vorzug zu geben. Denn dann wären die Vorteile des Hartparaffins mit denen des Weichparaffins vereint und überhaupt keine Embolie mehr zu befürchten.

Es ist nun gelungen, diese Forderungen dadurch zu erfüllen, daß man ein Hartparaffin durch Mischung von reinem Hartparaffin mit Vaselin herstellte. Ich bin Herrn Apotheker Dr. Friedländer in Berlin für seine tatkräftige Unterstützung bei den notwendigen Versuchen zu besonderem Danke verbunden. Das neue Hartparaffin, welches in allen möglichen Schmelzgraden bis einem Schmelzpunkte von nahezu 60° C hergestellt werden kann, enthält 50—66% Vaselin. In dieser Mischung sind die Eigenschaften des Vaselins nicht verloren gegangen, vielmehr haben sie sich derselben angepaßt. Die Mischung ist also geschmeidig und leicht knetbar, obwohl ihr Schmelzpunkt so hoch liegt. Es ist möglich, mit Hilfe einer ganz aus Metall gefertigten Spritze dieses Hartparaffin in vollkommen festem Zustande zu injizieren. Da hierbei natürlicherweise ein großer Druck not-



wendig ist, so ist die Spritze nach einer Idee, die auch schon von Gersuny ausgesprochen wurde, derartig konstruiert, daß der Kolben mit einer Schraubenwindung nach unten gedreht wird. Hierdurch ist erstens ein langsames und gleichmäßiges Arbeiten garantiert und zweitens **jede Schwierigkeit der Hartparaffininjektionen beseitigt.** Wie groß die Schwierigkeiten bisher gewesen sind, geht wohl schon daraus hervor, daß fast jeder Autor, der flüssiges Hartparaffin injizieren wollte, sich eine neue Spritze erdachte (s. Jahrgang 1902 u. 1903 dieser Zeitschrift). Die Spritze ist so eingerichtet, daß durch eine am Stempel bei *B* angebrachte Vorrichtung der Schraubengang ausgeschaltet werden kann. Man füllt also die Spritze mit dem flüssig gemachten Paraffin in gewöhnlicher Weise, wartet dann, bis die Masse vollkommen erkaltet ist, und injiziert langsam durch Abwärtsdrehen des Stempels. An demselben ist bei *A* ein Flügel angebracht zur leichteren Handhabung der Schraube. Bei *E* werden die entsprechenden Kanülen durch Bajonettverschluß angesetzt. Die Masse tritt in Form eines zusammenhängenden harten Fadens aus der Kanülenspitze aus.

Es ist anzunehmen, daß diese Hartparaffinmasse, ebenso wie ich dies früher für Weichparaffin beschrieben habe, im Laufe der Zeit vom Bindegewebe durchwachsen wird. Ob dies daran liegt, daß dieses gemischte Hartparaffin für das

[3] De Cazeneuve, Annal. des malad. de l'oreille etc. 1903. p. 516 (5 Embolien bei 15 Fällen).

Moure et Brindel, Revue hebdom. de laryngol. etc. 1903. Nr. 41 (5 Embolien bei 70 Fällen).

Compaired, Revista de med. y cir. 1903. Nr. 807 u. 808 (5 Embolien bei 15 Fällen).

Bindegewebe leichter durchgängig ist, oder ob sich das Bindegewebe durch die sozusagen aus einem Fadengewirr bestehende Prothese hindurch schlängelt, muß vorläufig dahingestellt bleiben. Die betreffenden Versuche sind noch nicht abgeschlossen.

Wenn man die Forderungen, die ich früher zur Vermeidung der Embolie aufgestellt habe und die darin bestehen 1) Einspritzung in nicht flüssigem Zustande, 2) Verwendung der Masse bei abgekühlter Temperatur, 3) Maximum der in einer Sitzung zu injizierenden Quantität von 3 ccm auf das neue Hartparaffin überträgt, so wird man jetzt auch Hartparaffin ohne weitere Gefahr anwenden können[4].

22) **Port.** Apparate zum Transport von Schwerverwundeten.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Mai.)

P. empfiehlt zu obigem Zwecke für Unterschenkelbrüche schmiegsame Rinnen, für Oberschenkelbrüche doppelt geneigte Ebenen. Er beschreibt die einzelnen Schienenstücke genau und erläutert sie durch neun Abbildungen. Sie sind für freiwillige Sanitätskolonnen und den Rettungsdienst in Friedenszeiten, besonders aber für den Kriegsfall zu empfehlen. Das Genauere im Original.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

23 **O. Vulpius.** Ein neuer Bewegungsapparat.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Nr. 4.)

Ein Barren, der auf einem Rahmengestell ruht; den Boden des Rahmens bildet eine jalousieähnliche, auf Rollen laufende, rotierende Fläche, eine Art Trottoir roulant, welchem man jede Steigerung geben kann, wenn Gehbewegungen bergan gemacht werden sollen. Die Barren sind in Höhe und Breite stellbar. Der Apparat ist für Zimmergymnastik sehr zu empfehlen.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

24) **O. Hawemann.** Holzbein mit Metallgelenken.

(Ärztlliche Polytechnik 1903. Nr. 3.)

H. konstruiert die künstlichen Beine aus Holz, welches in Verbindung mit seinem neuen Gelenke nicht gestattet, daß sich dasselbe selbst bei größter Belastung sperrt oder verbiegt. Die Holzhülse umschließt den Stumpf und ist ihm anatomisch genau angepaßt. Das ganze Bein wiegt etwa 2 kg.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

25) **Koester.** Die Vererbung in der Bluterfamilie Mampel.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 48.)

K. hat den Stammbaum bis 1901 vervollständigt (225 Individuen). Er glaubt, daß die vererbliche Potenz sich aus mehreren Komponenten zusammensetzt, von denen der auffälligste, aber nicht der stärkste, der Bluter ist. Stärker ist die Hinfälligkeit der Brut. (Genaueres über den Stammbaum siehe im Referat des Vortrages.)

Borchard (Posen).

26) **H. Neumann.** Kopftetanus als Abortivtetanus.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1903. Nr. 10.)

Verf. teilt einen Fall mit aus dem laryngologischen Ambulatorium des Prof. Schrötter in Wien, der wegen der langen Inkubationsdauer und der Lokalisation

[4] Die Spritze wird vom Instrumentenmacher Ludwig Dröll in Frankfurt a. M. geliefert.

Die Paraffinmischungen können zu jedem beliebigen Schmelzpunkte von der Bretschneider'schen Apotheke, Berlin N., Oranienburger Straße 37, bezogen werden.

von besonderem Interesse ist. Ein 16jähriges Mädchen suchte dort Hilfe wegen eines »Mundleidens«. Kieferklemme, Trismus und Steifigkeit der Halsmuskulatur begründeten den Verdacht auf Tetanus, ja ließen die Diagnose als sicher erscheinen. Stürmische Allgemeinsymptome hatten gefehlt und fehlten auch während der Beobachtungszeit nach Aufnahme in die Klinik. Die Infektion lag 17 Tage zurück und ging von einem Furunkel aus der Lippe aus. Antitoxininjektionen und völlige Ruhe bei Isolierung erzielten bald Heilung.

N. will diesen Fall als einen Abortivtetanus aufgefaßt wissen und hebt die Wichtigkeit der Symptome an Kopf und Halsmuskulatur bei sonst fehlenden Allgemeinsymptomen für die Diagnose hervor. Als Abortivtetanus bezeichnet er eine Unterform des Tetanus mitis Rose (Deutsche Chirurgie 1897 Lief. 8) und wendet sich gegen die Ansicht von Kussmaul (Deutsches Archiv für klin. Medizin 1872 Bd. XI), daß der Abortivtetanus vom Tetanus mitis völlig getrennt werden müsse. Verf. bricht noch besonders eine Lanze für die Injektionen mit Antitoxin. **Grosse** (Kassel).

27) **Bonveyron.** Contribution clinique à l'étude du rhumatisme tuberculeux dans les cas de lupus willanique ou de tuberculides.

(Revue de chir. XXIII. Jahrg. Nr. 9.)

Die Mitteilung dient dem weiteren Ausbau der Kenntnisse sogenannter pseudorheumatischer Gelenkaffektionen und ihrer Beziehungen zu anderen lokalen Tuberkulosen. Sie gründet sich auf 13 Beobachtungen, gewonnen an einem Material von 49 schweren Fällen von Lupus Willani. Hiernach würden die Gelenkentzündungen bei Lupus auffallend häufig sein; doch ist zu berücksichtigen, daß hier lediglich schwere, in Spitalpflege befindliche Kranke zur Beobachtung dienten, während in dem weit größeren ambulanten Material sich ähnliches nicht darbot. Auch Kinder unter 15 Jahren scheinen von der Komplikation verschont zu bleiben. Am häufigsten treten einfache Arthralgien mit und ohne Exsudat und Schwellung, danach hyperostatische Formen als mono- und oligartikuläre Pseudorheumatismen bei Lupus auf. Im Verlaufe von Tuberkuliden sind sie selten — von dem Verf. jedoch 2mal beobachtet. **Christel** (Metz).

28) **V. Schmieden.** Beitrag zur Kenntnis der Osteomalacia chronica deformans hypertrophica (Paget).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 207.)

Genau beobachteter Fall aus der Bonner Klinik, betreffend eine 58jährige Frau, sicher nicht luetisch. Spontan erkrankt an einem sich langsam entwickelnden Riesenwuchs des rechten Schienbeines. Heftige rheumatoide Schmerzen, Geherschwerung, Versteifung des Kniegelenkes. 3 Jahre nach Beginn der Krankheit ist die Tibia bogenförmig verkrümmt, ihre Crista abgerundet, die Unterschenkelhaut auffallend glatt und zart, inselförmig braun pigmentiert. Eine zu orthopädischem Zweck ausgeführte Keilosteotomie im Tibiakopfe, bei welcher die Corticalis sich völlig geschwunden und die Spongiosa sich in Bindegewebe und Fett verwandelt zeigte, heilte gut, und wurde Pat., mit einer Schienenhülse versehen, besser gehfähig als zuvor. Doch nahmen die Kniebeschwerden, auf einer fortschreitenden Arthritis deformans beruhend, wieder zu, weshalb es mit einer Knieresektion versucht wurde. Diese führte indes zu einer endlosen Eiterung, weshalb $^{3}/_{4}$ Jahr nach der ersten Operation zur Oberschenkelamputation geschritten und hiermit die Kranke endgültig von ihren Qualen befreit wurde.

Die Einzelheiten des Falles entsprechen in allen Zügen der Paget'schen Krankheitsbeschreibung. Zwei Photogramme zeigen die äußere Ansicht, zwei Skiagramme die abnorme Architektur des kranken Knochens. Eine gute, kolorierte Tafel endlich gibt ein histologisches Knochenbild. Man sieht an dem Schnitte, welcher der Kniegelenksfläche entnommen ist, entsprechend der Arthritis deformans Knorpelzerstörung durch Granulationsgewebe. Im Knochengewebe sind die Spongiosaknochenbälkchen am Rande dicht besetzt mit Riesenzellen, meist

in Howship'schen Lakunen liegend, und »beschäftigt mit der Resorption des Knochens«. Die Markräume enthalten nur noch an vereinzelten Stellen normales Fettmark. Meist ist der Markraum verödet und durch Bindegewebe ersetzt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) **C. Castellvi.** Origen heredosifilitico de la osteitis deformante o enfermedad de Paget.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid 1903. Nr. 791 u. 796.)

In der Frage der Ätiologie der Paget'schen Krankheit ist C. der Ansicht Lannelongue's, daß es sich um einen ausgesprochen hereditär syphilitischen Prozeß handle; diese Anschauung stützen drei beschriebene Fälle, sowohl durch Auffindung anderer Symptome als auch insbesondere ex juvantibus.

Stein (Wiesbaden).

30) **W. J. Kilner.** Two cases of osteitis deformans in one family.

(Lancet 1904. Januar 23.)

Es handelt sich um zwei Geschwister, von denen die Schwester 69 und der Bruder 60 Jahre alt sind. Beide lebten gemäß den Nachforschungen des Verf.s in gänzlich verschiedenen Verhältnissen. Bei beiden begann die Erkrankung ungefähr vor 5 Jahren mit rheumatischen Schmerzen in den Gliedern, bei dem Bruder im Anschluß an eine gutartige Magenaffektion. Für Lues lagen bei beiden Kranken keinerlei Anhaltspunkte vor. Die beigefügten Abbildungen der Geschwister zeigen, daß die Schwester stärker betroffen ist, als der Bruder; besonders fallen die hochgradig verkrümmten unteren Extremitäten auf. Verf. möchte auf Grund der hier so deutlich ausgesprochenen, innerhalb einer Familie bestehenden Disposition die Krankheit als eine konstitutionelle auffassen. Die Therapie kann sich nach ihm nur auf eine allgemeine Kräftigung des Körpers und Linderung der jeweiligen Schmerzen erstrecken.

H. Ebbinghaus (Paris).

31) **Schmieden.** Über die Methoden des Knochenersatzes.

Sep.-Abdr. a. d. Sitzungsberichten der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn 1903.)

Verf. berichtet über eine Reihe von gelungenen Versuchen, den Knochendefekt durch periostbedeckte Knochenstücke desselben Individuums zu ersetzen. Weiter über Fälle der Ersetzung durch mazerierten und dekalzinierten Rinderknochen, endlich durch die Mosetig-Moorhof'sche Jodoformknochenplombe. Die Versuche sind hauptsächlich bei Spina ventosa und Schädeldefekten an Kindern vorgenommen. Die Resultate hat Verf. laut Sitzungsbericht durch Röntgenbilder erläutert.

Grosse (Kassel).

32) **J. Michelsohn.** Ein Fall von Myositis ossificans progressiva.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XII. Hft. 3.)

Verf. beschreibt die Leidensgeschichte einer 17 Jahre alten Pat. Die ersten Erscheinungen traten im 7. resp. 12. Lebensjahr auf. Befallen sind hauptsächlich Rumpf, Hals und obere Extremitäten. Der Status praesens wird in extenso mitgeteilt unter Benutzung sehr instruktiver Röntgenbilder, die von Albers-Schönberg angefertigt wurden. An die kasuistische Mitteilung knüpft Verf. einige Angaben über den heutigen Stand der Lehre von der Myositis ossificans progressiva. Therapeutische Maßregeln ohne Sicherheit der Diagnose können leicht schädlich wirken, z. B. die Massage.

J. Riedinger (Würzburg).

33) **Sachtleben.** Die in der chirurgischen Klinik zu Breslau beobachteten Fälle von Spina bifida aus den Jahren 1891—1903.

Inaug.-Diss., Breslau, 1903.

Grundlegend für die Kenntnis der Spina bifida ist eine aus dem Jahre 1886 stammende Arbeit v. Recklinghausen's. Die eigentliche Spina bifida, »die mit einem hernienartigen Tumor verbundene Wirbelspalte«, teilt man wieder in drei Untergruppen ein: die Myelomeningokele, deren dorsale Wand die mit ihrer Innen-

seite nach außen gekehrte Pia bildet; die Myelocystokele, eine partielle Erweiterung des schon vollständig geschlossenen Medullarrohres, häufig mit Bauch-Blasen-Darmspalte kombiniert; die Meningokele, die eine herniöse Ausstülpung der Arachnoidea mit Flüssigkeitsansammlung im Subarachnoidelraume darstellt. Die Differentialdiagnose dieser verschiedenen Unterabteilungen ist häufig nicht bezw. erst nach Ausführung eines Probeschnittes zu stellen. Die Prognose ist im allgemeinen ungünstig. So starben in einem Jahre in England 649 Kinder an Spina bifida, davon 612 im ersten Lebensjahre. Spontane Heilungen sind selten, aber möglich. Therapeutisch kommt heutzutage eigentlich nur noch die operative Beseitigung der Geschwulst und der Schluß der Wirbelspalte, event. noch die Punktion in Frage. Der Zeitpunkt der Operation ist möglichst früh zu wählen. Von den einzelnen Formen der Erkrankung ist die Meningokele wohl immer operabel; bei der Myelocystokele ist im Falle des Vorhandenseins leichter Lähmungen ein operativer Versuch gerechtfertigt, während man bei den Myelomeningokelen kaum auf einen Erfolg hoffen darf. In den einfacheren Fällen kommt man mit einer Abtragung der Geschwulst und Vernähung des Stumpfes, event. nach Abpräparierung der nervösen Bestandteile aus. Für den Verschluß der Wirbelspalte genügt meist eine einfache Weichteilnaht.

Von den 30 Fällen der Breslauer Klinik betrafen 27 Kinder in den ersten Lebensmonaten, je ein Fall einen 5-, bezw. 8-, bezw. 24jährigen Pat. Die Geschwülste saßen nur zweimal nicht in der Lendengegend, sondern im Bereiche der Halswirbelsäule. 18 Pat. unterzogen sich der Radikaloperation; 12 davon wurden als »lokal geheilt« entlassen. Von diesen wieder waren 5 vollständig gesund, während die übrigen lokal geheilt, aber mit verschiedenen mehr oder weniger schweren Symptomen behaftet waren. Von allen Operierten leben zurzeit noch 6, von denen sich 3 einer vollkommenen Gesundheit erfreuen, je einer an einer Blasenschwäche, bezw. Blasenlähmung leidet; 2 Pat. sind an einer interkurrenten Krankheit gestorben, so daß nach dem Verf. in 38,9% der Fälle ein befriedigendes operatives Resultat erzielt wurde. **Engelmann** (Dortmund).

34) **Müller** (Berlin). **Ein Fall von chronisch-ankylosierender Entzündung der Wirbelsäule auf traumatischer Grundlage.**

(Monatsschrift für Unfallheilkunde u. Invalidenwesen 1903. Nr. 7.)

M. hält seinen Fall für mitteilungswert deshalb, weil hier die Ursache, das Trauma, unzweifelhaft feststeht.

Ein 33jähriger Mann fiel von der Leiter und setzte sich mit einem kräftigen Ruck auf das Gesäß. Er wurde dann 9 Wochen zu Hause behandelt und konnte nachher nur mühsam die Arbeit wieder aufnehmen. Nach 6 Wochen fand sich eine Versteifung der Wirbelsäule bis hinauf in die Halsgegend. Die Wirbelsäule war stark ankylotisch, der Rumpf um 45° nach vorn gebeugt. Schmerzhaftigkeit der unteren Brust- und der oberen Lendenwirbelsäule. Unter Verzicht auf die weiteren Einzelheiten sei noch angeführt, daß das Röntgenbild negativ ausfiel, was bei dem 220 Pfund schweren Manne nicht eben befremdend ist.

(Wenn Verf. bemerkt, daß »niemals, seitdem das Leiden uns als abgeschlossenes Krankheitsbild bekannt ist, die Ätiologie — hier das Trauma — so einwandsfrei und zweifelsohne beobachtet worden ist«, so muß ich darauf hinweisen, daß schon bei den ersten veröffentlichten Fällen (Pièrre-Marie) Tatsachen vorliegen, die dem Trauma seine Bedeutung sichern. Auch halte ich es nach der vorhergehenden Krankengeschichte nicht für unwahrscheinlich, daß in diesem Falle die Wirbelerkrankung eine sekundäre im Anschluß an eine Kompressionsfraktur ist.) **Bähr** (Hannover).

35) **H. Lorenz. Ektrodaktylie aller vier Extremitäten.**

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 20. November 1903.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 48.)

Demonstration zweier sonst kräftiger und normaler Brüder im Alter von 22 und 24 Jahren. Die Familienanamnese weist darauf hin, daß die Ursache der Miß-

bildung hier wohl in einer fehlerhaften Keimanlage zu suchen ist. Die Mutter und deren vier Brüder waren angeblich mit den gleichen Mißbildungen behaftet, drei Schwestern der Mutter und die Großeltern (aus verschiedenen Familien stammend) waren normal. Ebenso vier verstorbene Schwestern der Pat.; doch waren zwei ebenfalls verstorbene Brüder in gleicher Weise mißgestaltet zur Welt gekommen.

Beide Pat. besitzen an den auch im Bereiche der Metakarpalknochen defekten Händen nur je einen Finger, scheinbar den kleinen, bei beiden sind die Füße als Spaltfüße entwickelt, ausgebildet nur die große und die kleine Zehe, sowie deren Metatarsen, und es besteht eine Fußform, die an Hummerscheren erinnert. Mit einer erstaunlichen Geschicklichkeit nützen beide Pat. das Wenige aus, was ihnen die Natur als Hände gelassen hat, sie gehen als Hausierer den ganzen Tag herum, ohne auch nur zu ermüden. **Hübener** (Dresden).

36) **W. Heinecke** (Großschweidnitz). Zwei seltene Fälle habituell willkürlicher Verrenkungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 52.)

Es handelt sich um zwei Brüder. In der Familie des Vaters ist einmal eine willkürliche Verrenkung zur Beobachtung gekommen, bei vielen Verwandten mütterlicherseits und der Mutter selbst besteht Schlaffheit einiger der kleinen Körpergelenke.

Der jüngere der Brüder, bei dem fast alle Gelenkskapseln eine geringe Schlaffheit aufweisen, gibt an, daß er bis zu seinem 11. Lebensjahre an einer namentlich beim Reiten öfters auftretenden Verrenkung beider Oberschenkel gelitten habe, die unter ziemlichem Schmerze zustande kam. Die Reposition erreichte er durch Muskelzug. Jetzt bemerkt er nichts mehr davon. Dagegen besteht noch heute seit seinem 9. Lebensjahre, ohne vorherige systematische Übung oder Trauma, eine habituell willkürliche vollständige Verrenkung des rechten Oberarmes nach hinten; sie tritt nie ohne seinen Willen ein und stets schmerzlos. Von einer Muskelaktion sieht man wenig; um die Verrenkung hervorzurufen, wird nur der Arm nach innen rotiert. Das Caput humeri steht nun mit einem Male auf dem Collum scapulae. Man kann die leere Cavitas glenoidalis mit Leichtigkeit fühlen. Die Reposition findet unter laut schnappendem Geräusch statt; hier scheint der M. pectoralis major mitzuwirken.

Nebenbei kann Pat. den Daumen im Metakarpophalangealgelenk jederzeit volarwärts schmerzlos verrenken und wieder reponieren.

Der andere Bruder kann allein durch Zug der Flexoren am Vorderarme beide Hände im Radiokarpalgelenke nach der Vola hin subluxieren, auch verrenkt er, wie der andere, beide Daumen im Metakarpophalangealgelenk, jedoch zum Unterschiede nach dem Dorsum. Die Reposition geschieht dadurch, daß der Abductor pollicis den Daumen anzieht und die Kraft des Abductor brevis überwindet. Mit einem deutlichen Schnappen schlüpft der Metakarpus an seine normale Stelle. Auch diese Verrenkung tritt nur willkürlich ein.

Eine Besprechung der Ätiologie usw. und der bisherigen über diesen Gegenstand erschienenen Literatur bildet den Schluß der interessanten Mitteilung.

Hübener (Dresden).

37) **H. Spitzy.** Reposition einer Sehnenluxation durch Sehnenbindung.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. 1. Hft. 3.)

Verf. beschreibt einen bisher selten beobachteten Fall von Luxation der Sehne des M. extensor pollicis longus, die durch Abgleiten der Sehne von ihrer Rolle am Köpfchen des Metakarpus I infolge trophischer Störungen entstanden war. Klinisch machte sich ein allmählich eintretender Verlust der Bewegungsfähigkeit des Daumens fühlbar, die Exkursionsgrenzen der Abduktion und Opposition wurden immer enger, in letzter Zeit konnte der Daumen auch nicht mehr gestreckt werden. Auf jede beabsichtigte Streckbewegung folgte eine hochgradige Adduktion, die dadurch bedingt war, daß die jetzt ulnar verlaufende Sehne nicht mehr

die Streckung, sondern auch Adduktion vermittelte. Operativ wurde die Sehne des M. extensor pollicis longus aus ihrem schiefen Leitkanale hervorgeholt und bis über das Metakarpophalangealgelenk freipräpariert. Ebenso wurde der Leitkanal der beiden anderen Sehnen eröffnet, die Sehne des M. extensor pollicis brevis ebenfalls vorgezogen; beide Sehnen wurden nun seitlich der Länge nach angefrischt und nach Reposition der fixierten Sehne in die normale Verlaufsrichtung beide Sehnen durch eine Längsnaht miteinander vereinigt, der Leitkanal wurde über die nun »gebundenen« Sehnen wieder geschlossen. Gleichzeitig wurde auch noch über dem Köpfchen des Metakarpus aus der fibrösen Umkleidung ein neues Retinaculum zur besseren Führung der Gleitbewegungen der Sehne gebildet. Der Erfolg war eine Wiederherstellung normaler Verhältnisse.

Beschrieben sind bis jetzt Fälle von Sehnenluxationen von Haberer, Schürmayer, Maydl, Legouest und Paget. **Hartmann** (Kassel).

38) C. Féré et R. Demanche. Note sur un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire consécutive à une fracture de l'avant bras.

(Revue de chir. XXIII. Jahrg. Nr. 9.)

63jähriger Mann, Maler, aus psychisch belasteter Familie stammend, fällt vom Dreirad und erleidet eine Abreißung des Proc. styloid. ulnae, vielleicht auch Bruch des Radius am rechten Arm. Zwei Monate liegt der Arm in Gips, einen Monat später beginnt die Schrumpfung der Palmaraponeurose sich bemerklich zu machen. J. hält Kompression des entsprechenden Ulnarisastes für die Ursache der trophischen Störung. Obgleich Pat. weder Alkoholiker, noch gichtisch erkrankt war, auch bisher noch niemals deutliche Bleivergiftungssymptome gezeigt hatte, schließlich die Verkürzung der Aponeurose auf die verletzte Seite beschränkt blieb, berechtigt doch manches zu Zweifeln an der rein traumatischen Entstehung der Kontraktur — die Verff. sich nicht verhehlen. Sollten die 2 Monate Gipsverband dabei ganz belanglos sein? **Christel** (Metz).

39) Norris. Rupture of the quadriceps extensor tendon.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1903. Dezember.)

Bei dem 48jährigen Manne schwoll nach einem Fall auf das Knie dasselbe stark an, Gehen war noch mit Mühe möglich. $2^1/_2$ Monate später ging Pat. hinkend mit steifem Knie, Streckung unmöglich, 1 cm oberhalb der Kniescheibe quere Vertiefung. Bei der Operation fand sich eine fast vollständige Zerreißung der Quadricepssehne mit etwa 2 cm Zwischenraum, Kniegelenk eröffnet. Naht der angefrischten Sehnenenden mit Formolcatgut, nach 2 Wochen Massage und Bewegungen, eine Woche später vollkommene Extension möglich.

Verf. hat 303 Fälle aus der Literatur gesammelt. Bei den operierten Fällen war das funktionelle Ergebnis fast immer gut und die Heilungsdauer abgekürzt. **Mohr** (Bielefeld).

40) Franz. Zur Unterbindung der Vena femoralis am Lig. Pouparti.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1903. Hft. 9.)

Bei 54 aus der Literatur zusammengestellten Fällen von Unterbindung der Vena femoralis trat nur in zweien derselben Gangrän des Beines ein, und zwar mußte in dem einen Falle als Grund hierfür eine atheromatöse Verdickung und ausgedehnte Thrombenbildung in der unterbundenen Vene angenommen werden. Gelegentlich der Entfernung von oberhalb des Lig. Pouparti gelegenen vereiterten Leistendrüsen mußte Verf. die linke V. iliaca unterbinden; es stellte sich bereits nach 14 Tagen in dem entsprechenden Beine die Zirkulation wieder her. Aus allen diesem glaubt er den Schluß ziehen zu müssen, daß eine Ligatur der V. fem. am Lig. Pouparti, falls eine seitliche Naht nicht möglich ist, gefahrlos ausgeführt werden könne. **Herhold** (Altona).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 12. **Sonnabend, den 26. März.** **1904.**

(Chirurgische Klinik der kgl. Universität in Turin. Prof. A. Carle.)

Experimentelle Versuche, das Magengeschwür vermittels Verletzungen der Magennerven hervorzurufen.

Von

Dr. **Mario Donati**, Assistenzarzt.

Für die zahlreichen Theorien über die Pathogenesis des Magengeschwürs fehlt bis zur Stunde die experimentelle Sanktion. Dem runden Magengeschwür können in Wirklichkeit betreffs Form, Zahl, Entwicklung und anderer Läsionen, die sie begleiten, jene die experimentell durch verschiedene eingeschlagene Wege erhalten wurden, nicht gleichgestellt werden; denn, während jenes chronisch verläuft, mit der Neigung sich auszubreiten und einen nekrobiotischen Charakter anzunehmen, verlaufen diese nicht chronisch, sondern haben die Fähigkeit zu heilen.

Weder durch Traumen (Ritter, Vanni, Jacobelli, der Verf. selbst) noch vermittels Bakterien (Letulle, Chantemesse und Widal usw.), noch durch Embolie oder Arterienunterbindungen, noch durch chemische oder thermische Ursachen konnte man Magengeschwüre mit oben beschriebenen pathognomonischen Charakteren erzeugen; erst ganz vor kurzem sollen einige Forscher experimentell chronische Magengeschwüre vermittels zweiseitiger Vagotomie unter dem Zwerchfell (W. Ijzeren[1] bei Kaninchen) und durch Verletzungen des Plexus coeliacus und des Splanchnicus (Dalla Vedova[2] bei Hunden) hervorgebracht haben.

Da mir diese Resultate im Widerspruch zu stehen schienen mit dem was den Physiologen bekannt ist von dem Einfluß, den Vagus und Sympathicus auf die gastrischen Bewegungen und Sekretionen des Magens ausüben, so habe ich eine Reihe von Kontrollversuchen ausgeführt, wobei ich die Wirkung der doppelseitigen Resektion des Vagus und der Exstirpation des Plexus coeliacus auf den anatomischen Bau des Magens bei Hunden und Kaninchen studierte.

Die größte Zahl der Experimente betrifft die doppelseitige Resektion des Vagus unter dem Zwerchfelle, 16 weitere Versuche beziehen sich auf die vollständige Exstirpation des Plexus coeliacus; in einem Falle habe ich bei einem Hunde gleichzeitig diese beiden Operationen vorgenommen. Zum Schlusse machte ich noch sechs gleichzeitige doppelseitige Vagotomien am Halse, drei einseitige und

---

[1] W. Ijzeren, De Pathogenese van de chronische Maagzweer. Weekblad van het Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde 1901. Nr. 9.

[2] R. Dalla Vedova, Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell' ulcera gastrica. Arch. ed atti della soc. ital. de chirurgica 1901 und Archiv für Verdauungskrankheiten 1902. Bd. VII. Hft. 3.

eine doppelseitige Vagoresektion in verschiedenen Zeitabschnitten, aber stets am Halse.

Bei den Kaninchen beobachtete ich systematisch den Urin, in welchem sich jedoch auch nach der Operation keine abnormen Bestandteile vorfanden (weder Albumin, noch Zucker, noch Azeton); bei einigen Hunden legte ich eine Magenfistel an, um täglich die eventuellen Modifikationen in der Magensäuresekretion zu prüfen.

Die Dauer der Versuche mit den Resektionen der Vagi unter dem Zwerchfelle betrug 3 Tage bis 3 Monate bei Hunden, 16 Stunden bis 4 Monate bei Kaninchen; bei der Exstirpation des Plexus coeliacus betrug sie resp. 3 Tage bis 4 Monate und 11 Tage bis 4 Monate; der Hund, der der gleichzeitigen Zwerchfellresektion der beiden Vagi und der Exstirpation des Plexus coeliacus ausgesetzt war, wurde 30 Tage lang am Leben gehalten.

Die Hunde dagegen, die der doppelseitigen Vagotomie am Halse ausgesetzt wurden, starben innerhalb 4—5 Tagen; die der einseitigen Vagotomie unterworfenen wurden in einem Zeitraume, der zwischen 30—65 Tagen variierte, getötet; der Hund endlich, welcher in zwei verschiedenen Zeitabschnitten der zweiseitigen Vagotomie unterlag, lebte noch 50 Tage nach der ersten Operation.

Das Resultat dieser Versuche war ein negatives, nicht allein bezüglich der Möglichkeit, ein Magengeschwür zu erzeugen, sondern auch in bezug auf die anderen Schädigungen, die als Folgen der Modifikationen im Einfluß des Nervenapparates des Magens bezeichnet sind.

Im Magen einiger Hunde wurden zwar punktförmige Hämorrhagien der Schleimhaut gefunden, aber das Mikroskop erwies sie als ganz jung (kleine Herde von roten, gut erhaltenen Blutzellen im Bindegewebe der Schleimhaut zwischen den gesunden Drüsen) und durchaus oberflächliche Reste jener kleinen Schleimhautverletzungen, die Knochensplitter verursachen, welche bei Hunden mit der Speise in den Magen gelangen und bekanntlich zu leichten und rasch heilbaren Läsionen führen.

Die mit der Marchi-Methode ausgeführten histologischen Versuche waren in allen Fällen negativ.

Der Magensaft zeigte oft nicht unbeträchtliche Schwankungen in der totalen Azidität und im Gehalt freier Salzsäure; aber im großen ganzen kann man sagen, daß die Säuresekretion etwas erhöht gefunden wurde, speziell nach der Exstirpation des Plexus coeliacus, obwohl man nicht immer freie Salzsäure fand.

Daraus folgt, daß, wenn der erhöhte Einfluß des Nervensystems die Ursache von hypersaurer Sekretion sein kann, diese beiden vereinigten Ursachen nicht genügen, das Magengeschwür zu bilden.

Außer von den beiden oben genannten Autoren sind noch von anderer Seite viele Experimente mit Verletzung der äußeren Innervation des Magens gemacht worden, doch haben sie, wie auch die meinigen, nie irgend eine anatomische Schädigung des Magens im

Gefolge gehabt. Die einzigen Forscher, die Veränderungen der Magenschleimhaut infolge der Resektion des Plexus coeliacus beschrieben haben — ohne dabei die zu berücksichtigen, deren Versuchstiere in zu kurzer Zeit zugrunde gingen — sind, außer Dalla Vedova, Lewin und Boer[3], welche ebenfalls Ekchymosen fanden, die sie jedoch nicht mikroskopisch kontrolliert haben; auch Adrian, Lamansky, Schiff, Lustig, Oddi, Contejean, Marrassini fanden bei den überlebenden Tieren keine anatomischen Veränderungen des Magens; und was den Vagus anbetrifft, widersprechen die Versuche von Krehl, von Dalla Vedova selbst usw. denen von W. Ijzeren, dessen Theorie vom Spasmus durch meine Untersuchungen bestritten wird.

Die Pathogenesis des Magengeschwüres bleibt daher bis zur Stunde auch nach so vielen experimentellen Versuchen noch dunkel. Das Experiment erlaubt uns jedoch zu versichern, daß man den trophoneurotischen Ursprung des runden Magengeschwüres nicht zulassen kann, und daß dessen Pathogenese sich nicht einzig und allein aus einer Modifikation der äußeren Innervation des Magens erklärt.

---

1) **C. Hoffmann.** Die moderne Äthernarkose. (Aus der chir. Abteilung des Josephshospitals zu Köln-Kalk.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 46.)

Zweck dieser erneuten Abhandlung H.'s über die Äthernarkose ist, das prinzipiell Gemeinsame der einzelnen Methoden der letzteren zusammenzufassen, weil in den zahlreichen Mitteilungen anderer viel zu viel das Trennende hervorgehoben worden ist. Alle modernen Ätherisierungsmethoden verfolgen das Ziel, einen uneingeschränkten Zutritt der atmosphärischen Luft zu ermöglichen, möglichst niedrige Ätherdosen anzuwenden und, wo diese nicht ausreichen, ein anderes Mittel zur Unterstützung heranzuziehen. Und dies Ziel wird am besten erreicht mit der Tropfmethode, die keine besondere Maske, kein neues Instrumentarium, keine andere Tropfflasche, keine neu zu erlernenden Manipulationen bedarf. **Kramer** (Glogau).

---

2) **Jacobi.** Atlas der Hautkrankheiten, mit Einschluß der wichtigsten venerischen Erkrankungen. Für praktische Ärzte und Studierende. 2. (Schluß-) Abteilung.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1904.

Die zweite Abteilung dieses ausgezeichneten Werkes bildet den Schluß. Auch nach Beendigung des ganzen Werkes kann die Anschaffung dieses Atlasses nicht dringend genug allen denen, welche sich für Dermatologie interessieren, empfohlen werden. Die 155 farbigen Abbildungen geben fast alle bemerkenswerteren Typen wieder

[3] Lewin und Boer, Deutsche med. Wochenschrift 1894. Nr. 10.



und sind so naturgetreu, daß sie einen trefflichen Ersatz bieten. Der Preis (27 ℳ) ist im Verhältnis zu dem Gebotenen ein sehr geringer.

Klingmüller (Breslau).

---

3) **F. Veiel.** Die Staphylokokken des chronischen Ekzems. (Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten zu Breslau.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 1.)

V.'s Untersuchungen ergaben, daß sich beim chronischen Ekzem regelmäßig Staphylokokken finden, die mit den eigentlichen Eiterkokken in bezug auf Agglutination und Hämolysinbildung identisch sind und sich von den auf der normalen Haut saprophytisch lebenden Staphylokokken unterscheiden lassen.

In den Frühstadien der Erkrankung werden sie stets in Reinkultur angetroffen, so daß ihnen eine Bedeutung in der Pathogenese des Prozesses zukommen dürfte. Ein anderer spezifischer Erreger des chronischen Ekzems ist mit Sicherheit auszuschließen.

Kramer (Glogau).

---

4) **Schüller.** Mitteilung über die protozoenähnlichen Parasiten bei Syphilis.

(Dermatologische Zeitschrift Bd. X. Hft. 4.)

Verf. schreibt die Entstehung der Syphilis Parasiten zu, welche durch eine kleine Verletzung der Haut oder Schleimhaut inokuliert werden, Sporenkapseln bilden, sich in gangartigen Räumen anhäufen und von dort aus in Gewebe und Blut übergehen. Die Parasiten lassen sich im Gewebe jedes harten Schankers, selbst im äußeren Schorf, nachweisen. Besonders fällt eine verschieden geformte, doppeltkonturierte Sporenform mit wandständigem Kern auf, aus welcher man kleinere ähnliche Körperchen austreten sieht. Kulturen ergeben dieselben beweglichen Gebilde, nur mit Borsten besetzt, welche sich bei besserer Ernährung (Zusatz von frischem, sterilem Blut) wieder verlieren. Eine andere Kultur läßt auf geschlechtliche Vermehrung schließen; bei Zusatz von lebenswarmem, sterilem Kinderblut entwickelten sich spermatozoenähnliche, lebhaft bewegliche Gebilde, die sich anscheinend aus froschlaichähnlichen Massen entwickelten, welche ihrerseits den Sporenkapseln entstammten. Verf. hält eine Verwechslung mit Gewebszellen oder hyalinen Körpern für ausgeschlossen. Eine dritte Kultur aus einem Gummiknoten ergab gleichfalls ähnliche Sporenkapseln mit Ortsbewegungen, sowie freie Körper und dunkle Blasen, abgestorbene Sporenformen. Nach Zusatz von Kinderblut waren die Sporenkapseln zerstört, aber Gebilde vorhanden, die den »hyalinen Körpern« am Rhinosklerom, und nach Gelenksyphilis früher beobachteten Gebilden glichen. In Präparaten von tertiärer Hirnsyphilis fand Verf. gleichfalls Syphilisparasiten.

Klingmüller (Breslau).



5) **Pagniez.** Les recherches récentes sur le sang dans la syphilis.

(Annales de dermat. et de syphil. 1903. p. 572.)

Verf. gibt über diese Frage eine Literaturübersicht der letzten 5 Jahre. Die Mehrzahl der Autoren steht auf folgendem Standpunkt: Es besteht in der Sekundärperiode der Syphilis ein Zustand von Anämie, welcher charakterisiert ist durch eine Verminderuug der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins. Diese Anämie ist gewöhnlich mäßig, kann aber in einigen Fällen ernster werden, den Charakter einer Chlorose annehmen und eine wirkliche Komplikation der Sekundärperiode darstellen. Außerdem besteht gleichzeitig, aber unabhängig von der Anämie, eine Leukocytose, welche gewöhnlich eine Mononukleose ist. Die Blutveränderungen werden durch Quecksilber günstig beeinflußt. **Klingmüller** (Breslau).

---

6) **F. Lesser.** Über die sog. »glatte Atrophie der Zungenwurzel« und ihr Verhältnis zur Syphilis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 45.)

Die Konstatierung jedes Symptomes der bestehenden oder abgelaufenen Syphilis muß als wertvoll in Betracht gezogen werden, da wir den Syphiliserreger selbst nicht kennen und oft auf die falschen Angaben des Pat. allein angewiesen sind. L. hat deshalb der noch schwebenden Frage, wie weit das Vorhandensein eines glatten Zungengrundes für eine überstandene Syphilis pathognomonisch ist, seine Aufmerksamkeit zugewendet und die Sektionsprotokolle des städtischen Krankenhauses Moabit zur Lösung der Frage benutzt. Er kommt zu dem Schluß, daß wichtiger als die Zahl und Größe der Balgdrüsen für die Diagnose einer glatten Atrophie der Zustand der Konsistenz der Zungenwurzel ist und deshalb auch für die klinische Feststellung die Palpation in erster Linie in Betracht kommt. Das bloße Konstatieren eines glatten Zungengrundes genügt zur Diagnose Glossitis laevis nicht. — Es fanden sich in einem Zeitraume von 6 Jahren 166 Fälle mit Atrophia laevis baseos linguae, unter welchen in 73 Fällen anatomisch Syphilis festgestellt werden konnte (44%). Spezifische Affektionen fanden sich in 19 Fällen; in 23 Fällen stützte sich die Diagnose Syphilis hauptsächlich auf das Vorhandensein von Narben an den Geschlechtsteilen und der Mundschleimhaut. In 31 Fällen fanden sich interstitielle Entzündungen an inneren Organen. Der hohe Prozentsatz von Syphilis, der bei Individuen mit glatter Zunge konstatiert wurde, macht zwar einen Zusammenhang der Glossitis laevis mit der Syphilis sehr wahrscheinlich, kann aber streng kritischer Beurteilung nicht genügen, um die Abhängigkeit der Atrophie von der Lues zu beweisen, noch auch um die Größe der Wahrscheinlichkeit, mit der die Glossitis laevis für Syphilis spricht, abzuschätzen.

Je nachdem interstitielle oder gummöse Prozesse für die Entstehung der Glossitis laevis verantwortlich zu machen sind, wird der Ausgang ein verschiedener sein, so daß zwei Arten von Endstadien zu unterscheiden sind:

1) Verdichtung der Zungenwurzel mit Glattwerden der Oberfläche.
2) Bildung von ausgesprochen strahligen Narben.

Das letztere Endstadium hält L. für ein stets auf syphilitischer Basis entstandenes. **Langemak** (Erfurt).

---

7) **A. F. Price.** Copper in syphilis.

(New York med. record 1903. Oktober 10.)

P. hat gefunden, daß bei keiner Krankheit eine solche Idiosynkrasie gegen Kupfer besteht als bei Syphilis. Schon Minimaldosen rufen hin und wieder schwere Zufälle hervor. Das Mittel hat eine entschiedene Neigung, Neuritis zu erzeugen.

Verf. hält das Mittel für ein Antisyphilitikum von ungewöhnlichem Wert und hat es auch niemals bei Tabes dorsalis vergeblich angewandt. Dem Jod weist er einen untergeordneten Platz in der Behandlung der Lues an, unterstützt aber diese ebenso merkwürdig begründete wie wunderbar wirkende Kupfertherapie mit Dosen von Quecksilberpillen. **Loewenhardt** (Breslau).

---

8) **G. Nobl.** Über den Fersenschmerz der Blennorrhöekranken (Bursitis achillea profunda).

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXIV. 1903.)

Verf. führt zunächst die vorhandene Literatur über blennorrhoische Fersenerkrankungen an, die deren Ätiologie und spezifischen Charakter aufs widersprechendste und in sehr unvollkommener Weise beleuchten. Fünf selbst beobachtete Fälle bei männlichen Pat., die gleichzeitig an anderen blennorrhoischen Metastasen erkrankt waren, zeigten sämtlich eine meist doppelseitige Geschwulst oberhalb der Fersenhöcker, welche in einem an der Achillessehne befindlichen Schleimbeutel lokalisiert war. Das plötzliche Auftreten und der Verlauf der äußerst schmerzhaften Erscheinung gleicht völlig anderen blennorrhoischen Synovialmetastasen und stimmt immer mit dem momentanen Zustand der gleichzeitig vorhandenen Blennorrhöe überein. Die bakteriologische Prüfung ergab kein positives Resultat; nur in einem Falle ließen sich Gonokokken nachweisen. Anatomisch handelt es sich um eine Reizung des Kapselbezuges des Schleimbeutels. Eine Ostitis ist als Ursache der Erkrankung ausgeschlossen, da Skiagramme ein völlig anderes Bild des Fersenbeines aufwiesen

Klingmüller (Breslau).

---

9) **P. Rychner.** Traitement de l'uréthrite totale blennorrhagique par l'ichthargan.

(Ann. des malad. des org. gen.-urin. 1903. Nr. 17.)

Nach den Erfahrungen des Verf. ist das Ichthargan ein gutes antigonorrhoisches Mittel gegen alle Erscheinungen und in allen Stadien der Erkrankung. Unterwerfen sich die Kranken einer vollständigen und regelmäßigen Behandlung, so werden sie geheilt. Die Anwendung des Ichthargans (Injektionen, Irrigationen oder Instillationen) ist nur im Anfange des akuten Stadiums schmerzhaft. Komplikationen von seiten der Blase oder der Hoden wurden nicht beobachtet. Die beste Anwendungsweise ist die Verbindung von reichlichen urethro-vesikalen Auswaschungen (0,25—0,5$^0/_{00}$ige Lösung) mit 3—5mal täglich vorgenommenen Injektionen einer gleich starken Lösung.

Paul Wagner (Leipzig).

---

10) **E. Desnos.** De la dilatation electrolytique de l'urètre.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1903. Nr. 18.)

Auf Grund eigener Erfahrungen empfiehlt Verf. die allmähliche elektrische Dilatation der Harnröhrenstrikturen nach der Methode von Newmann. Die Kontraindikationen dieses Verfahrens sind ganz die gleichen wie bei den übrigen allmählich vorgehenden Methoden. Ganz besonders zu empfehlen ist die Elektrolyse als »komplementäre« Behandlung im Anschluß an die innere oder äußere Urethrotomie.

Paul Wagner (Leipzig).

---

11) **C. C. Miller.** Perineal section for stricture, with suggestions upon the use of the cautery and points in the after-treatment.

(New York med. record 1903. November 28.)

M. empfiehlt bei der äußeren Urethrotomie die Kauterisierung der Wunde nicht zum Zwecke der Blutstillung, sondern um die Granulationsbildung zu sichern und zu sehr beschleunigte primäre Wundheilung zu vermeiden.

Es soll dadurch eine größere Sicherheit gegen Verringerung des Kalibers an der Operationsstelle gegeben sein.

Loewenhardt (Breslau).

---

12) **B. Motz** et **J. M. Bartrina.** Contribution à l'étude des abcès périnéaux et des phlegmons diffus d'origine uréthrale.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1903. Nr. 21.)

Die Urinabszesse und Urininfiltrationen sind die Folge von periurethralen Eiterungen. Diese periurethralen und perinealen Eiterungen entstehen nach den Untersuchungen der Verff. durch Entzündungen der verschiedenen Drüsen, die den bulbären und hinteren Teil der Harnröhre umgeben — Prostata, Litten'sche, Cowper'sche und intrabulbäre Drüsen. Die Mikroben der infizierten Harnröhre

dringen in die Ausführungsgänge dieser Drüsen ein und rufen eine infektiöse Entzündung hervor. Entweder kommt es zu ganz versteckten Eiterungen, die man nur bei der Autopsie findet, oder es entstehen umschriebene oder diffuse perineale Phlegmonen mit schweren klinischen Symptomen. Die phlegmonöse Entzündung kann zu einem Durchbruch in die Harnröhre und zu einer sekundären Urininfektion des phlegmonösen Herdes führen — Urinabsceß.

Die periurethralen glandulären Eiterungen können längere Zeit vollkommen latent bleiben, ehe sie, und dann ziemlich plötzlich, zu schweren klinischen Symptomen führen. Man soll sich deshalb bei der Untersuchung einer Harnröhrenstriktur nicht darauf beschränken, den Grad der Verengerung festzustellen, sondern soll jedesmal auch durch eine anale Exploration den Zustand der periurethralen Drüsen genau festzustellen suchen. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

13) **O. Zuckerkandl.** Über die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 44.)

Die Unsicherheit und Unzuverlässigkeit der vielfachen zur Beseitigung der Prostatahypertrophie empfohlenen Methoden hat Z. zu dem im folgenden ausführlich beschriebenen radikalen Vorgehen veranlaßt.

Unter Wahrung seiner Prioritätsansprüche hinsichtlich der Methode der Bloßlegung der Prostata, Samenbläschen und Blase vom Damm her gegenüber den von Socin (Niehans), Kocher, Pyle, Verhoogen und Gosset und Proust publizierten Verfahren gibt Z. noch einmal eine ausführliche Beschreibung der Art seines Vorgehens an:

Durch einen prärektalen Bogenschnitt wird die Verbindung zwischen dem M. bulbo-cavernosus und dem Sphinkter ani bloßgelegt und mit einem Scherenschlage quer durchtrennt. Man kann nun die vordere Mastdarmwand stumpf vom häutigen Teile der Harnröhre loslösen. Wird der Mastdarm hierbei stark sakralwärts verzogen, so spannen sich rechts und links die vom vorderen Beckenringe kommenden Schenkel des Levator ani, zwischen welchen die hintere Wand der Prostata sichtbar wird. Durch stumpfes Präparieren kann man diese im ganzen Umfange bloßlegen; man verbreitert sich den Zugang beträchtlich, wenn man die erwähnten Schenkel des Levator ani auf beiden Seiten einkerbt; dabei durchschneidet man stets größere Venen, Anastomosen zwischen Plexus haemorrhoidalis und prostaticus, die an dieser Stelle konstant sind.

Zur Vorbereitung der Operation wurden außer einer präventiven Behandlung vorhandener Cystitiden durch Blasenspülungen und Blasendrainage, sowie allenfalls Darreichung innerlicher Harnantiseptika nur die üblichen Reinigungsbäder, Abführmittel usw. verabreicht.

Nach Einführung einer Metallsonde mit Beniquée-Krümmung, um später die Prostata damit herabdrängen zu können, wird die Bloßlegung der Prostata in der oben beschriebenen Weise ausgeführt. Einführung eines breiten Simon'schen Scheidenspatels erleichtert das weitere Vorgehen ungemein. Nun wird die Kapsel von der Spitze bis an den oberen Rand median gespalten und vom Schlitz aus von der Konvexität der Drüse stumpf mit Kropfsonde oder Elevatorium möglichst weit nach vorn, oben und unten abgelöst. Meist ist die Kapsel leicht abzustreifen, nach abgelaufener Prostatitis aber muß dieser Akt blutig vorgenommen werden.

Nun folgt die Eröffnung der Harnröhre im prostatischen Anteil. Z. übt dies systematisch, da er die Harnröhre stets unfreiwillig verletzte, wo er ohne Eröffnung auszukommen suchte. Man hat dabei den Vorteil, mit dem eingeführten Finger eine Kontrolle ausüben zu können.

Indem man sich mit der eingeführten Metallsonde die Prostata stark gegen die Haut vordrängen läßt, wird der Schleimhautrand der eröffneten Harnröhre wie der abpräparierten Prostatakapsel mit Krallenzangen armiert und mit der Ablösung der Harnröhre an einer Seite stumpf oder, wo dies nicht möglich, mit der Schere begonnen. Dabei ist Sorge zu tragen, daß die Pars prostatica urethrae in ihrer ganzen Dicke — nicht nur die Schleimhaut — erhalten bleibt. Nun faßt man die Substanz des bloßgelegten Seitenlappens mit einer Muzeux'schen Zange, zieht denselben aus der Nische vor und durchtrennt die noch etwa fixierenden Stränge. Stets mit der Schere müssen die Verbindungen der Prostata am Diaphragma uro-genitale durchschnitten werden. Bei fortschreitender Auslösung wird die Drüse durch immer höher eingesetzte Zangen allmählich vorgezogen, bis die vesikalen Teile im Gesichtsfeld erscheinen; von diesen wird unter Leitung des Auges die Blasenschleimhaut stumpf oder mit dem Messer schonend abgelöst. So hebt man allmählich den einen Lappen aus seinem Lager, bis er sich in Form einer knolligen Geschwulst entfernen läßt. In analoger Weise geht man an der zweiten Seite vor.

Sind die Grenzen gegen Kapsel und Harnröhre unscharf, so ist die Entfernung nur durch intrakapsuläre Exzision möglich, wobei man stückweis immer tiefere Anteile der Drüse durch Ausschneiden hervorholt.

Nach vollendeter Exzision bildet die Wunde eine tiefe Nische um die stets sackartig erweiterte Harnröhre. Der eingeführte Finger gleitet ohne Sphinkterenwiderstand durch den Harnröhrenschlitz in die Blase. Damit ist auch die Entfernung von etwa gleichzeitig vorhandenen Blasensteinen außerordentlich leicht.

Zur Wundversorgung kürzt Z. die Prostatakapsel und verkürzt die weite Harnröhre durch Exzision auf ein entsprechendes Maß. Über einem Verweilkatheter wird die Harnröhre mit Catgut vereinigt. Die Blutung war nie bemerkenswert, häufig brauchte auch

nicht eine einzige Ligatur angelegt zu werden. Die Heilungsdauer betrug 3, meist 4 Wochen, in Ausnahmefällen 7—8. Nur in 2 Fällen blieb eine urethrale Haarfistel bestehen, aus welcher beim Harnlassen etwas Flüssigkeit austritt.

Die definitiven Resultate bei den 8 zwischen 62 und 74 Jahren alten Pat. waren befriedigende. Alle haben die Fähigkeit der spontanen Harnentleerung wiedergewonnen, auch wenn diese seit 10 Jahren und darüber erloschen war. Die Miktion wurde förmlich eine juvenile. Die Harnpausen waren normale, der Strahl kräftig und von gutem Kaliber. Durch wiederholte Kontrolle ließ sich in allen Fällen das Fehlen von Residualharn nachweisen.

Z. hält die Operation für angezeigt bei chronischen kompletten Harnverhaltungen der Prostatiker, bei der inkompletten Form, wenn diese mit quälenden Symptomen einhergeht, häufig komplett wird oder wenn die Harnröhre für Katheter schwer passierbar ist, leicht blutet und endlich, wo die Prostatahypertrophie mit rezidivierendem Blasenstein vergesellschaftet ist. Gegenindikationen sind nur solche, welche eine Operation überhaupt nicht gestatten oder eine höchstgradige Atrophie der Blase.

Sehr instruktive Abbildungen der einzelnen Operationsphasen, sowie von exstirpierten Drüsen nebst ausführlichen Krankengeschichten sind der Arbeit beigefügt.

Hübener (Dresden).

---

14) **B. Motz** and **J. Arrese.** Note sur les vessies des »prostatiques sans prostate«.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1903. Nr. 24.)

Die wesentliche Veränderung, die man an den Blasen von Kranken mit Prostatahypertrophie findet, ist eine beträchtliche Hypertrophie des Muskelgewebes. Der hypertrophische Muskel kann sekundär eine einfache oder eine sklerosierende Atrophie eingehen. Letztere ist die Folge einer chronischen Entzündung, die durch eine bei Prostatikern so häufige Blaseninfektion veranlaßt wird.

Eine vollständige Atrophie oder Sklerose ist sehr selten. Die gegen die Prostatahypertrophie unternommenen chirurgischen Eingriffe haben diese anatomischen Daten vollkommen bestätigt; bei den meisten Prostatikern ist die Blasenmuskulatur noch genügend kräftig, um nach Entfernung der hypertrophischen Prostata den Harn vollkommen zu entleeren.

Außer den Prostatikern mit beträchtlich vergrößerter Prostata gibt es auch »Prostatiker ohne Prostata«, bei denen die Prostata von normaler Größe oder sogar atrophiert ist. In diesen Fällen existiert augenscheinlich kein Hindernis für die Entleerung des Urins, und doch entleert sich die Blase nicht. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen der Verff. haben nun ergeben, daß diese Blasenatonie der »Prostatiker ohne Prostata« nicht durch den schlechten Zustand der Blasenmuskulatur verursacht wird. Vielmehr wird auch in diesen

Fällen durch die Exstirpation der Prostata, die anscheinend kein Hindernis für eine normale Urinentleerung abgeben kann, die Blasenfunktion vollkommen wieder hergestellt, auch wenn vorher lange Zeit eine komplette Retention bestanden hatte.

Paul Wagner (Leipzig).

---

15) **A. Katz.** Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie.

Paris, **G. Steinheil**, 1903. 239 S. 35 Abb.

Sehr fleißige und ausführliche historische, pathologisch-anatomische und klinische Studie. Verf. gibt in einer mit einem reichen, auch die deutsche Literatur ausführlich berücksichtigenden Literaturverzeichnis versehenen Monographie einen umfassenden Überblick über alle in der Literatur veröffentlichten Methoden zur Heilung der angeborenen Ectopia vesicae; zumeist mit den dazugehörigen Krankengeschichten.

Am empfehlenswertesten erscheint ihm die Methode seines Lehrers Segond, der die gelockerten Ränder der Blasenschleimhaut mit der Schleimhaut der Penisrinne zu vernähen und das so gebildete Receptaculum mit der Haut des Präputiums zu bedecken sucht.

Willi Hirt (Breslau).

---

16) **F. Legueu.** La taille sous-symphysaire chez la femme pour l'extraction de certains corps etrangers de la vessie.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1903. Nr. 24.)

Zur Extraktion von Fremdkörpern aus der weiblichen Blase empfiehlt Verf. einen »sub-symphysären« Schnitt. Die Harnröhre wird von der Symphyse bis zur Blase losgelöst; dann wird die obere Harnröhrenwand kurz vor dem Blasenhals eingeschnitten, der Blasenhals durch den Finger erweitert und dann auf dem Finger eine Zange zur Extraktion des Fremdkörpers in die Blase eingeführt. Die Harnröhreninzision wird dann durch eine Naht geschlossen. Gegebenenfalls kann man auch die Blase oder den Blasenhals selbst einschneiden. Dieses Verfahren ist nichts anderes als der frühere, ohne Grund wieder verlassene »Vestibularschnitt« von Lisfranc. Die Operation ist außerordentlich einfach und hinterläßt keine sichtbaren Spuren. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

17) **R. Cassanello.** Contribution anatomo-pathologique et clinique à l'étude des tumeurs à fibres musculaires lisses de la vessie.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1903. Nr. 19.)

Die von der Muskulatur der Harnblase ausgehenden Leiomyome sind außerordentlich selten. Verf. teilt eine eigene Beobachtung mit und hat im Anschluß hieran 20 Fälle aus der Literatur tabellarisch zusammengestellt. Ihrem Sitze nach teilt man diese Geschwülste

am besten ein in submuköse, interparietale und peripherische. In den meisten Fällen handelte es sich histologisch um einfache Fibromyome; in 4 Fällen wurde eine sarkomatöse Degeneration beobachtet. Sobald die Diagnose eines Blasen-Fibromyoms mit einiger Sicherheit gestellt worden ist, soll die Geschwulst auch möglichst bald entfernt werden. Bei den peripheren Geschwülsten geschieht dies mittels Laparotomie und Resektion der Blasenwandung; die submukösen Geschwülste werden am besten von einem hohen Blasenschnitt aus entfernt. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

18) **F. Voelcker** und **E. Joseph.** Funktionelle Nierendiagnostik ohne Ureterenkatheter. (Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 48.)

Nach Versuchen mit verschiedenen anderen chemischen Stoffen haben Verff. in dem schon von R. Heidenhain bei seinen grundlegenden Untersuchungen benutzten Indigkarmin das beste Mittel zur Kontrolle der Nierenarbeit gefunden, das mit dem Vorzug, lediglich durch die Nieren und unverändert aus dem Körper ausgeschieden zu werden, noch den der Ungiftigkeit bei Verwendung eines reinen Präparates in Dosen von 0,5—1,0 verbindet. Das Präparat, dessen Brauchbarkeit zunächst an Hunden festgestellt worden war, wird in stets frisch bereiteter, warmer Aufschwemmung der durch strömenden Dampf sterilisierten Substanz (0,16 Carmin. caerul.) in 4 ccm physiologischer Kochsalzlösung in die Glutäalmuskulatur eingespritzt. Nach 20 Minuten zeigt der Urin den Höhepunkt der Blaufärbung; im cystoskopischen Bilde sieht man die Ausstoßung dieses gefärbten Urins aus den Harnleitermündungen der Blase in verschieden langen (im allgemeinen 25 Sekunden) Pausen in außerordentlich markanter Weise, wenn man eine Reihe von den Verff. näher geschilderter Vorsichtsmaßregeln beachtet und gewisse Fehlerquellen (z. B. bei Prolapsus uteri et vaginae) ausschaltet. Was das Verfahren bei Nierenkrankheiten leistet, lassen die mitgeteilten Krankengeschichten erkennen; in einzelnen der Fälle hätte weder der Harnleiterkatheterismus noch die Anwendung des Urinseparators zum Ziele und zu einer Diagnose, welche Niere erkrankt sei, geführt. Die Kombination der Cystoskopie mit der Indigkarmininjektion gab auf einfachste Weise Aufschluß über die Lage der Harnleitermündungen, über das Vorhandensein oder Fehlen einer zweiten Niere, über die Verdopplung eines Harnleiters, und zwar durch den Nachweis des rechten und linken oder durch das Fehlen des einen blauen Urinstrahles. Außerdem aber ermöglichte die Beobachtung des Ausscheidungstypus desselben Schlüsse, ob eine Kompression oder Verwachsung des Harnleiters vorlag, ob die für gesund gehaltene Niere schon einen Anteil von der Arbeit der anderen übernommen hat — Vermehrung der Zahl der Harnleitersekretionen (kürzere Pausen) und

der Kraft der einzelnen Ausstoßungen —, und der Nachweis einer Verschiedenheit der Farbintensität zwischen rechtem und linkem Urinstrahl ein ungefähres Urteil, welche Niere die größere sekretorische Arbeit für den Körper leistet. **Kramer** (Glogau).

---

19) **Kapsammer.** Über Ureterenkatheterismus und funktionelle Nierendiagnostik.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 51.)

Die teils auf der v. Frisch'schen Abteilung, teils im Paltauf-schen Institut für experimentelle Pathologie an Menschen und Tieren vorgenommenen Untersuchungen lassen sich in folgender Weise zusammenfassen:

Die Basis, auf der Casper und Richter ihre funktionelle Nierendiagnostik aufgebaut haben, die Schlüsse von Friedrich Strauß, Fjodorow, Bardier und Frenkel sind nicht richtig. Beide normale Nieren scheiden in derselben Zeit ungleiche Mengen eines ungleichen Sekretes aus. Die Filtrationsfähigkeit und die Eliminationsfähigkeit gehen nicht Hand in Hand. K. betont, daß durch die Verschiebung der Basis für funktionelle Nierendiagnostik auf Grund seiner Versuche die Methoden selbst nicht wertlos werden, es darf nur kein schematisches Vorgehen stattfinden. Er stellt weitere und noch eingehendere Beweise in einer neuen Arbeit in Aussicht.

Zweierlei haben ihm seine Versuche zunächst noch nahegelegt:

Beinahe immer sezerniert eine Niere mehr als die andere; dabei hat Verf. nur 2mal in 172 Einzelbeobachtungen ein Alternieren gesehen, so daß man sagen kann, daß in der Regel ein Alternieren nicht stattfindet.

Zweitens erhofft K. vom Harnleiterkatheterismus Aufklärung über »eins der dunkelsten diagnostischen Gebiete — die Frage der Pyelitis«. Der systematisch bei Pyelitis geübte Harnleiterkatheterismus wird nach K. zeigen, daß die meisten Fälle von Pyelitis ursprünglich einseitige Prozesse darstellen. (In 25 Fällen, in denen nach längerer Blasenerkrankung die Vermutung einer aszendierenden Pyelitis bestand, fand er nur 5mal eine beiderseitige, 20mal eine einseitige Erkrankung.)

»Ist es auf Grund dieser Beobachtung nicht naheliegend, anzunehmen, daß ein Eiterungsprozeß der Blase deshalb nur oder zunächst auf einer Seite aufsteigt, weil der fortwährende Flüssigkeitsstrom durch den Ureter ihn auf der anderen Seite daran hindert.«

Hübener (Dresden).

---

20) **R. Goebell.** Ein Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik. (Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 46.)

Bei der Nachprüfung der zur Feststellung der Nierenfunktion empfohlenen Untersuchungsmethoden wurde in der Helferich'schen

Klinik gefunden, daß die Gefrierpunktserniedrigung des Harnes der minderwertigen Niere zu der des Urins der gesunden oder mehrwertigen Niere in verschiedenen Zeitabschnitten nicht immer in einem analogen Verhältnis stand, daß von den bisherigen Untersuchern, in der irrigen Annahme, daß von beiden Nieren jede gleichartig arbeitete, die Nahrungszufuhr vernachlässigt worden ist. G. empfiehlt deshalb auf Grund seiner Untersuchungen, den Nierenkranken vor der Untersuchung mehrere Tage lang eine allgemein zu vereinbarende Probediät zu geben, zu einer bestimmten Zeit nach der Nahrungsaufnahme den Urin von beiden Nieren mittels Harnleiterkatheters zu entnehmen, längere Zeit (2—3 Stunden) den Katheter liegen zu lassen und den Urin von verschiedenen aufeinander folgenden Zeitabschnitten zu untersuchen, schließlich die Urinmenge in den verschiedenen Perioden zu messen und das Ergebnis zu berücksichtigen.

Nur unter Berücksichtigung all' dieser Punkte läßt sich ein annähernd richtiges Bild über die Nierenfunktion erlangen, wenn auch nicht möglich ist, festzustellen, wieviel funktionierendes Parenchym von einer Niere noch vorhanden ist, und ob nach der Nephrotomie Niereninsuffizienz auftreten werde. **Kramer** (Glogau).

---

21) **F. Cathelin.** Le rein ectopique croisé.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1903. Nr. 23.)

Unter gekreuzter Nierenektopie versteht man den Zustand, wo die eine Niere unter der anderen liegt, auf derselben Seite der Wirbelsäule. Die Nieren sind entweder miteinander verschmolzen oder nicht.

Von gekreuzter Nierenektopie mit Nierenverschmelzung sind im ganzen 14 Fälle mitgeteilt worden, darunter eine Beobachtung vom Verf., über die dieser nochmals ausführlich berichtet.

Gekreuzte Nierenektopie ohne Nierenverschmelzung ist bisher fünfmal beobachtet worden.

Besonders bemerkenswert ist, daß bei der gekreuzten Nierenektopie, wo die Form der Nieren meist verändert ist, die Harnleiter mit zwei Mündungen in vollkommen normaler Weise in die Blase einmünden. **Paul Wagner** (Leipzig).

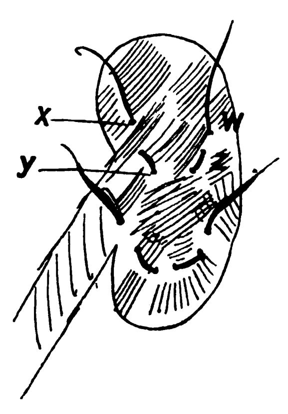
---

22) **Goellet.** Method of suturing the prolapsed kidney.

(Annals of surgery 1903. Dezember.)

Die von G. vorgeschlagene Methode für die Befestigung der Wanderniere ist folgende: Senkrechter Schnitt von 3½—4 Zoll Länge parallel dem M. erector und beginnend dicht unter der 12. Rippe. Durchtrennung der Weichteile bis auf den M. quadratus lumborum. Dieser wird zur Seite geschoben und die Fascia transversa unter Schonung des N. ileo-hypogastricus durchtrennt. Nachdem von der freigelegten Niere die Fettkapsel stumpf nach beiden

Seiten abpräpariert ist, wird eine mit in 3%iger Lysollösung ausgekochtem Silkwormfaden bewaffnete Nadel in die fibröse Kapsel bei *x* (Fig.) eingestochen, unter der Kapsel, ohne die Niere zu verletzen, 1/2 Zoll lang hergeführt und wieder bei *y* ausgestochen. Nachdem sie jetzt unter der Kapsel in transversaler Richtung hergeleitet ist, wird sie in entgegengesetzter Richtung nach oben wie vorher nach unten wieder ausgestochen (*z*, *w*). Während dieser Faden etwa in der Mitte der Rückenfläche der Niere liegt, wird der zweite an der Grenze des mittleren und unteren Drittels in derselben Weise angelegt. Die Fäden werden durch die Rückenweichteile nach außen geführt und auf der Haut über einen Gazebausch geknotet. Damit das sich etwa aufblähende Kolon nicht auf den unteren Nierenpol drückt, wird zwischen ersteres und Niere ein Gazebausch geschoben, welcher nach 48 Stunden entfernt wird; bis auf die Stelle des Bausches wird die Wunde geschlossen. Die Silkwormnähte werden erst am 20. Tage nach der Operation entfernt. Besonders ist nach Verf. darauf zu achten, daß sich kein Kapselfett auf der Stelle der Niere befindet, an welcher die Fäden liegen, dasselbe ist abzutragen. Sind beide Nieren operiert, so hat Pat. während der nächsten drei Wochen peinlich die Rückenlage — auch beim Verbinden — einzuhalten; ist nur eine Niere operiert, so darf der Kranke auf dem Rücken und der operierten Seite liegen. **Herhold** (Altona).



---

23) H. C. Moffitt. Kidney tumors of adrenal origin.

(Occid. med. times 1903. Desember.)

Nach Mitteilung von vier selbstbeobachteten Fällen entwirft Verf. ein Bild des klinischen Verhaltens der Grawitz'schen Geschwülste, aus dem folgendes hervorgehoben sei: Das wichtigste Symptom ist die in etwa 90% der Fälle vorhandene Hämaturie, die jahrelang vor dem Bemerkbarwerden der Geschwulst auftreten kann. Schmerz und Parästhesien stellen ein weiteres wichtiges Frühsymptom dar. Die Geschwulst, die ihren Sitz häufig im oberen Nierenpol hat und außerordentlich blutreich ist, kann Jahre hindurch relativ gutartig bleiben, sehr langsam wachsen und das Allgemeinbefinden wenig beeinträchtigen. Die Metastasenbildung erfolgt gewöhnlich auf dem Wege der Blutbahnen und bevorzugt Knochen, Gehirn und Lungen. Sowohl die primäre Geschwulst wie die Metastasen zeigen bisweilen Pulsation. **Kleinschmidt** (Charlottenburg).

---

24) **A. L. Chute.** Haemospermia with report of a case.

(New York med. record 1903. November 7.)

Die Hämospermie bereitet in manchen Fällen bezüglich der Herkunft des Blutes gewisse diagnostische Schwierigkeiten. Nach de Keersmaeker (Zentralblatt für Harn- und Sexualorgane Bd. X p. 146) ist die Prostata hauptsächlich dafür verantwortlich. Auf eine Spermatocystitis kann daraus nicht ohne weiteres geschlossen werden. Vorübergehend kann Hämospermie durch Überreizung entstehen infolge einer Verletzung der Urethra prostatica und vielleicht auch einmal infolge akuter Samenblasenentzündung. Der persistente Typus kommt gewöhnlich bei chronischer Prostatitis vor. Jedenfalls ist genaue Untersuchung mit Endoskop und den üblichen Proben der gesonderten Expression der Prostata und Samenblase nötig. Kroner publizierte eine skorbutische Hämospermie. An die Ausschließung von Neubildungen muß bei der Untersuchung besonders gedacht werden.

Loewenhardt (Breslau).

---

25) **F. Barjon** et **A. Cade.** A propos des hydrocèles. Cystologie. Inoculations. Resultats.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 35.)

Die Verff. haben ein Material von 44 Hydrokelen auf den Gehalt von Spermatozoen und auf ihren Zusammenhang mit Tuberkulose untersucht. Bei den idiopathischen Formen (essentielle) fanden sich in 52 % Spermatozoen, meist in einem stark degenerierten Zustand in der Flüssigkeit; bei den symptomatischen Formen fanden sich in 100% keine Spermatozoen. Die Verff. halten diesen Umstand für die Differentialdiagnose sowie für die Pathogenese gewisser Formen von großem Werte. Von 17 Fällen wurde die Flüssigkeit zur Inokulation von Meerschweinchen benutzt. Zwei Fälle waren kombiniert, mit Spermacysten. Von diesen gab ein Fall ein positives Resultat; in allen anderen Fällen war es negativ. Die Verff. ziehen den berechtigten Schluß, daß sich bis jetzt keine Beziehung der essentiellen Hydrokele zur Tuberkulose feststellen läßt.

W. Sachs (Mülhausen i. E.).

---

26) **Rissmann.** Eine modifizierte Methode zur Herbeiführung der weiblichen Sterilität, angewandt wegen seltener Erkrankung.

(Zentralblatt für Gynäkologie 1903. Nr. 50.)

R. eröffnet den Douglas'schen Raum und stülpt den Uterus um, so daß der Uterusfundus und beide Tuben sichtbar werden. Danach werden $1^1/_2$—2 cm vom uterinen Teile der Tube nebst einem Keil aus der Uterussubstanz exstirpiert. Vernähung der Wunde. Reposition des Uterus. Schluß der Kolpotomiewunde bis auf eine kleine Lücke.

Die 33 Jahre alte Frau, bei welcher R. die Tubenexzision ausführte, bekam stets bei Schwangerschaft, Geburt oder während des Wochenbettes schwere eklamptische Anfälle. Außerdem wurden bei der Kranken auch hysterische Anfälle konstatiert. Der Frau geht es seit der Operation gut. »Hysterische Anfälle oder gar allgemeine Krämpfe sind bislang (seit Sept. 1903) nicht wieder eingetreten.«

Neck (Chemnitz).

Kleinere Mitteilungen.

Ein geheilter Fall von chronischem Rotz beim Menschen mit sehr seltener Lokalisation (Pachymeningitis externa malleosa circumscripta).

Von

Dr. **Karl Zieler,**

Assistenten an der kgl. Klinik für Hautkrankheiten zu Breslau.

Die große Seltenheit und die Schwierigkeit der Diagnose des chronischen Rotzes beim Menschen mögen rechtfertigen, wenn ich in folgendem kurz einen Fall[1] veröffentliche, der ein wesentliches Interesse nur in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht bietet.

Da ich mich über die Frage des chronischen Rotzes beim Menschen erst kürzlich eingehend geäußert habe, so kann ich bezüglich der Einzelheiten, wie bezüglich der Literatur, wohl auf meine Arbeit[2] verweisen und mich hier in der Hauptsache auf die Krankengeschichte beschränken:

K. S., 21 Jahre alter Student der Tierarzneischule zu Dresden.

Anamnese: Ende Februar 1900 wurde ein tiefer Abszeß der Muskulatur am linken Oberschenkel geöffnet, später ein gleicher am Hinterkopfe links, die beide nach der Inzision glatt verheilten. Keine Knochenbeteiligung. Eine Ursache der Eiterung habe sich damals nicht finden lassen. Seit 4 Tagen wieder unter hohem Fieber Bildung einer schmerzhaften Stelle am rechten Wadenbeinköpfchen ohne nachweisbare Ursache.

Befund (am 12. April 1900) bei der Aufnahme. Sonst gesunder, kräftiger Mann. An Stelle der früheren Abszesse am linken Oberschenkel und an der linken Seite des Hinterkopfes gut geheilte Schnittnarben. Über dem rechten Wadenbeinköpfchen umschriebenes Ödem und starke Druckempfindlichkeit; unsichere Fluktuation; keine Hautrötung; große Gliederschmerzen. Therapie: Prießnitz, Morphium.

24. April. Zwei Einschnitte bis auf den Knochen über und dicht hinter dem Fibulaköpfchen erfolglos. Prießnitz. Hohes Fieber (bis gegen 40°) und Schmerzen dauern zunächst an. Druck auf die Umgebung der reaktionslosen Wunden ist sehr schmerzhaft. Ebenso wird Druck auf den Malleolus fibulae am Köpfchen als starker Schmerz empfunden. Prießnitz und Ung. Credé bleiben ohne Erfolg.

---

[1] Für die Überlassung des Falles und die Erlaubnis zur Veröffentlichung bin ich Herrn Dr. Grieshammer in Dresden, damaligen I. Assistenzarzt und stellvertretenden Leiter der ersten äußeren Station am Stadtkrankenhause Dresden-Friedrichstadt, der den Fall beobachtet und operiert hat, zu großem Danke verpflichtet.

[2] Über chronischen Rotz beim Menschen usw. Zeitschrift für Hygiene Bd. XLV. 1903.



7. Mai. Nach allmähligem Herabgange der Temperatur hat sich jetzt am vorderen Rande des Wadenbeinköpfchens eine fluktuierende, äußerst empfindliche Stelle gebildet. Bei der Eröffnung in Lokalanästhesie Entleerung dicken, braungelben Eiters; in der Tiefe rauher Knochen fühlbar. Ein anderer Abszeß von gleicher Beschaffenheit an der Unterfläche des Fibulaköpfchens wird am nächsten Tage gespalten.

In den folgenden Tagen wieder vielfach hohes Fieber und starke Schmerzen, abwechselnd mit niederer Temperatur und Wohlbefinden. Das Fibulaköpfchen bleibt dauernd sehr schmerzhaft, die Weichteile um die Inzision herum sind nicht empfindlich.

15. Mai. In Äthernarkose Freilegen des Fibulaköpfchens. Umgebende Weichteile frei von entzündlichen Erscheinungen. Nirgends am Fibulaköpfchen eine Auftreibung oder Fistel. Auskratzung der rauhen Oberfläche des Köpfchens. Tamponade mit Jodoformgaze.

In den nächsten Wochen keine wesentlichen Schmerzen, aber 2—3tägig unregelmäßige, erhebliche Fiebersteigerungen. Das Fibulaköpfchen ist unempfindlich. Wunde reaktionslos, gut granulierend. Ein im unteren Drittel der Muskulatur des rechten Oberarmes sitzender kleiner Abszeß entleert auf Einschnitt reichlich dicken gelben Eiter, der sich wie das Blut im Ausstrich und in der Kultur als steril erweist. Appetit und Befinden sind dauernd gut, trotz der fast jeden zweiten Tag auftretenden hohen Temperatur (septisches Fieber). Lungen und Herz erwiesen sich bei wiederholter Untersuchung stets als unbeteiligt. Eine Zeitlang bestanden starke Schmerzen in der Milzgegend, aber ohne objektiven Befund.

28. Juni. Klagen über Schmerzen an der linken Stirnseite, dicht an der Haargrenze, innerhalb eines alten »Schmisses«. Hier auch Ödem, das sich nach der Nasenwurzel hin zieht. Die linke Stirnseite leicht druckempfindlich. Pupillen beiderseits gleich weit, reagieren gut.

Wegen des Verdachtes auf Syphilis wird in den nächsten Tagen Jodkali gegeben, aber ohne erkennbaren Erfolg. Allerdings verschwand das Ödem allmählich ohne Abszeßbildung; da aber dauernd starke Schmerzen in der linken Stirnseite bestehen blieben, auch das Ödem wieder auftrat, wurde am 10. Juli zur Operation geschritten: Breite Inzision an der linken Stirnseite. Ödem der Weichteile und des Periostes; der Schädelknochen erscheint hier mißfarben; Trepanation mit Meißel; Dura in Markstückgröße mißfarbig aussehend, mit umschriebener epiduraler, d. h. in der äußeren, lockeren Schicht der Dura sitzender eitriger Entzündung. Der Eiter wurde vorsichtig aufgefangen, das kranke Stück der Dura reseziert, die Höhle tamponiert, da Unterfläche der Dura, Pia usw. keine krankhaften Veränderungen erkennen ließen. Heilung reaktionslos unter der üblichen Behandlung.

Im Eiter wurden einwandsfrei durch Kultur und Tierexperiment Rotzbazillen nachgewiesen. (Dr. Geipel.)

Bei genauerer Nachforschung wurde nun auch festgestellt, daß der Kranke einige Zeit vor dem Auftreten der Abszesse ein rotzkrankes Pferd seziert hatte.

Weitere Erscheinungen traten in der nächsten Zeit nicht auf, der Pat. erholte sich langsam und konnte im September 1900 als geheilt entlassen werden.

Nach der Mitteilung des Pat. vereiterten noch im selben Jahre Halslymphdrüsen beiderseits, die mehrmalige Einschnitte erforderten. Gleichzeitig bildete sich in der Rachenhöhle ein Abszeß, der sich von selbst entleerte und glatt ausheilte. Außerdem bestand ein »hartnäckiger Nasen- und Kehlkopfkatarrh«, der erst mit dem Frühjahr 1901 völlig verschwand.

Möglicherweise kann man auch die gelegentlichen, kleinen Temperatursteigerungen (38,0—38,8) die Anfang 1903 öfters bemerkt wurden (nach einjähriger, sehr angestrengter Tätigkeit) und die nach mehrmonatiger Erholung zu Hause völlig verschwanden, noch auf die Infektion mit Rotz beziehen. Wenigstens hat sich ein anderer Grund nicht nachweisen lassen, ebenso wenig aber auch weitere Abszeßbildungen oder sonstige Zeichen eines Weiterbestehens der früheren Er-

krankung an Rotz. Abgesehen von diesen nicht aufgeklärten Fieberbewegungen, erfreut sich der Pat. jetzt seit fast 3 Jahren völliger Gesundheit.

Was das klinische Bild anbelangt, so tritt besonders hervor: der langsame Verlauf; die multiple Abszeßbildung (subkutan, intramuskulär, periostal [Fibulaköpfchen], Lymphdrüsen, Rachenschleimhaut, eitrige Pachymeningitis), die sich auf Monate erstreckte; das hohe, sehr wechselnde Fieber von septischem Charakter; die Schwierigkeit der Diagnosenstellung bei unbekannter Ätiologie; die Heilung auf rein chirurgischem Wege (trotz der Beteiligung der Dura) ohne wesentliche Anwendung anderer Mittel.

In vorliegendem Falle ist, wie so oft bei chronischem Rotz, die Diagnose erst nach Monaten gestellt worden, da ein primärer Herd, der auf eine bestimmte Infektion hingewiesen hätte, nicht hat gefunden werden können. Bei der Seltenheit der Erkrankung und dem Fehlen sonstiger Anhaltspunkte ist das ja nicht auffallend. Auch daß die Kulturen von dem am 27. Juni eröffneten, nicht mehr ganz frischen intramuskulären Abszeß am Oberarm steril blieben, bietet nichts Wunderbares; da vielleicht nur wenige Bazillen vorhanden waren, die auch schon abgestorben oder wenigstens stark geschädigt gewesen sein können. Erst das in einwandsfreier Weise entnommene Produkt der eitrigen Entzündung in der Dura ergab für diese als ätiologisches Moment den Rotzbazillus im Kultur- und Tierversuch. An seiner Bedeutung für den ganzen Verlauf der Erkrankung darf man demnach wohl nicht zweifeln. Die klinischen Symptome, besonders die bald hier, bald dort auftretenden Abszesse, entsprechen völlig dem Bilde des chronischen Rotzes, wie es in der Literatur bekannt ist; andererseits bieten sie aber wieder nichts Typisches, das man ohne Sicherung auf bakteriologischem Wege und im Tierversuche für die Diagnose der Erkrankung verwerten könnte. Das Gleiche gilt für die wechselnden Temperaturbewegungen.

Die wichtigste Lokalisation im vorliegenden Falle ist die Beteiligung der Dura. Ist schon eine isolierte eitrige Entzündung (infektiöse Pachymeningitis externa circumscripta) der Konvexität etwas äußerst Seltenes und wohl nur nach äußeren Verletzungen mit direktem Weiterwandern der Eitererreger von außen nach innen beobachtet, so ist meines Wissens eine solche Erkrankung im Anschluß an eine chronische Rotzinfektion überhaupt noch nicht beschrieben worden. Es sind zwar Fälle (chronischer) infektiöser Pachymeningitis ext. bekannt, z. B. bei Tuberkulose, dann aber stets, wie meist bei gummöser Entzündung, mit Erkrankung der benachbarten Schädelknochen vergesellschaftet und nie wie hier ohne Beteiligung der Knochen[3]. Denn die reaktionslose Heilung beweist doch wohl, daß die anscheinende Miterkrankung der Knochen nur eine sekundäre entzündliche, nicht eine infektiöse war. Insofern dürfte unser Fall — abgesehen von der nicht gerade guten Prognose, die selbst solitäre, infektiöse Erkrankungen im Inneren der Schädelkapsel haben — in diagnostischer Hinsicht ein erhebliches Interesse beanspruchen. Denn man müßte jedenfalls auch bei anderer Lokalisation in der Schädelhöhle, bei Hirnabszessen unbekannter Ätiologie, wenn vielleicht wie hier sonstige Abszesse vorangegangen und andere bakterielle Infektionen auszuschließen sind, an eine Metastase nach Rotzinfektion denken. Da auch bei ganz chronisch verlaufenden Fällen immer die Gefahr einer akuten Ausbreitung besteht, so ist die Gefahr einer solchen Erkrankung für den Pat. wie für seine Umgebung nicht zu unterschätzen.

Gleiches Interesse bietet der Fall sodann in therapeutischer Beziehung. Soweit sich das überhaupt sagen läßt, ist die Erkrankung als geheilt anzusehen.

---

[3] O. Bollinger, Zoonosen in Ziemssen's Handbuch der speziellen Therapie sagt ausdrücklich: »Die adnexen Teile, z. B bei Lokalisation am Kopfe die Schädel- und Gesichtsknochen, häufig das Stirnbein, nehmen teil an dem Prozeß; der Knochen wird manchmal nekrotisch, und sogar auf der Innenfläche zwischen Knochen und harter Hirnhaut können Eiteransammlungen (Pachymengitis externa) entstehen«. (Siehe auch A. Tedeschi, Virchow's Archiv Bd. CXXX p. 361, »Akute Abszesse der Dura, Pia« usw.)



Die Anfang 1903 ohne alle sonstigen Erscheinungen aufgetretenen leichten Temperatursteigerungen könnten ja, wie erwähnt, noch auf die Rotzinfektion zurückzuführen sein, wenn diese Annahme auch nicht übermäßig wahrscheinlich erscheint. Es würde sich demnach jetzt um eine Heilungsdauer von fast 3 Jahren handeln. Möglicherweise dürfen wir das nur als Latenz bezeichnen, da so lange symptomfreie Pausen bei dieser unheimlichen Krankheit schon, wenn auch nur äußerst selten, mit Sicherheit beobachtet sind. Das ist hier schließlich gleichgültig, da wir dann sagen können, daß der erste Krankheitsanfall geheilt ist, und zwar rein auf chirurgischem Wege. Jod ist nur wenige Tage gegeben worden, jedenfalls nicht in genügender Dosis, um die Erkrankung beeinflussen zu können, Quecksilber überhaupt nicht.

Wie ich in meiner oben erwähnten Arbeit näher ausgeführt habe, stehen Jodkali und Quecksilber mit Unrecht in dem Rufe, bei chronischem Rotz heilend wirken zu können. Wäre dieser Fall zufällig mit Hg behandelt worden, so wäre er vielleicht auch wie die von Gralewski, Gold, Kondorski u. a., die ebenfalls energisch lokal angegriffen werden konnten, als durch Hg geheilt bezeichnet worden.

Diese Formen, die im Anfange sich fast nur in der äußeren Haut oder deren Nachbarschaft lokalisieren und gar nicht oder nur in unbedeutender Weise zu einer Mitbeteiligung der Schleimhäute führen, sind verhältnismäßig gutartig, soweit man überhaupt von einer Gutartigkeit dabei reden kann. Es sind das Fälle, die zuweilen auch spontan heilen können, oft durch einfache chirurgische Eingriffe (Inzision, Tamponade) geheilt werden. Das scheint mir auch die glatte reaktionslose Heilung der eitrigen Erkrankung der Dura zu beweisen, die in unserem Falle entschieden eine sehr ernste Komplikation bildete.

---

27) K. Jegormin. Über einen Fall von Verbrennung von enormer Ausdehnung mit Ausgang in Heilung.

(Allgemeine med. Zentralzeitung 1903. Nr. 35.)

Ein 22jähriger Mann zog sich durch Verbrühung mit kochendem Wasser und Dampf eine Verbrennung zweiten Grades des ganzen Körpers mit Ausnahme der beiden Ober- und Unterschenkel zu. Heilung in 4 Wochen.

Müller (Dresden).

28) Guénot. Une observation de lèpre. Les resultats de son traitement chirurgical.

(Arch. de méd. et de pharmacie militaires 1903. November.)

Eine seit 5 Jahren bestehende knötchenförmige Lepra hatte bei einem Manne zu einer sehr starken Entstellung des Gesichts geführt. Bei dem abgemagerten Pat. waren die Knoten von Linsen- bis Erbsengröße außerdem über den ganzen Rumpf und die Gliedmaßen verbreitet. Nach vorhergegangener roborierender Diät und Arsenikkur schnitt G. mit dem Messer sämtliche Leprome aus dem Gesicht und vernähte die hierdurch entstandenen Wunden mit Seide. Es blieben nur ganz feine Narben im Gesicht zurück, und hatte sich das Aussehen des Operierten so gebessert, daß er eine Heirat eingehen konnte. **Herhold** (Altona).

29) J. Birjukow. Behandlung der Lepra mit Oleum gynocardiae und mit antileprösem Serum.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 50 u. 51.)

B. behandelte während mehrerer Jahre fünf Fälle mit Oleum gynocardiae; in keinem trat Heilung oder Stillstand der Krankheit ein; doch besitzt das Mittel die Fähigkeit, alte Erscheinungen der Lepra in bestimmtem Maße zur Resorption zu bringen und ist daher nicht völlig zu verwerfen. — 19 Fälle wurden mit Serum (von Merck nach Grünfeld's Angaben bereitet) behandelt. B. sah nur Schaden davon. **Gückel** (Kondal, Saratow).

30) J. Söllner. Ein Fall von Erythema induratum (Bazin), kombiniert mit Lichen scrofulosorum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVII. Nr. 12.)

Das Eryfhema induratum (Bazin) ist eine in Deutschland noch viel zu wenig gewürdigte Erkrankung, welche besonders bei jugendlichen weiblichen Personen an den Unterschenkeln in Form von lange bestehenden Knoten auftritt, welche dem Erythema nodosum ähneln, gelegentlich aber auch einmal erweichen können. Fast ausschließlich kommt sie bei tuberkulösen Menschen vor und wird darum und wegen des histologischen zum mindesten oft tuberkuloseähnlichen Befundes als »Tuberkulid« aufgefaßt. In dem Falle S.'s war zugleich (wie in einem des Ref.) ein Lichen scrofulosorum an den unteren Extremitäten vorhanden. Tuberkulinreaktion war (wie in zwei Fällen des Ref.) positiv; die histologischen Veränderungen wie bei Tuberkulose (Bazillen nicht nachgewiesen). Der Fall ist also ein neuer, wenngleich nicht unbedingter Beweis für die tuberkulöse Natur dieser Krankheit.

Jadassohn (Bern).

31) M. Oppenheim. Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut.

(Monatsschrift für praktische Dermatologie Bd. XXXVII. Nr. 11.)

Die Frage, ob es eine Psoriasis vulgaris der Schleimhaut gibt, ist bisher nicht definitiv entschieden. Man ist sich wohl allgemein klar darüber, daß die früher sog. Psoriasis mucosae oris, die man jetzt meist als Leukoplakie oder als Leukokeratose bezeichnet, mit der eigentlichen Psoriasis nichts zu tun hat, und selbst diejenigen, welche bei Psoriatikern eine auffallend große Zahl von Leukoplakien gefunden haben, sind nicht so weit gegangen, beide Affektionen miteinander zu identifizieren. Fälle aber, bei denen man wirklich eine Psoriasis der Schleimhaut einigermaßen feststellen konnte, sind außerordentlich spärlich. Deswegen ist der Fall O.'s wichtig, weil bei ihm die histologische Untersuchung der runden, scharf begrenzten und erhabenen, grau- bis gelblichweißen, glatten resp. feinstporigen Flecken am Gaumenbogen stattfinden konnte. Dieselbe ergab ein der Psoriasis der Haut entsprechendes Resultat. Der Verf. steht deswegen nicht an, diese Flecke als eigentliche Psoriasis der Mundschleimhaut zu bezeichnen.

Jadassohn (Bern).

32) W. Moser. On a certain form of xanthoma ar the »mushroom growth«.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Oktober 10.)

Verf. schildert die Erkrankung eines Italienerknaben, dessen Körper bedeckt war mit zahlreichen gelben Geschwülsten von Erbsen- bis Hühnereigröße; hauptsächlich saßen die Geschwülste über Sehnen- und Schleimbeuteln. M. exstirpierte einige zum Zwecke der Untersuchung; er glaubt, daß die gelbe Farbe mehr gelbem Bindegewebe und in die Zellen eingeschlossenem Pigment ihre Entstehung verdankt, als fettiger Degeneration. Die Geschwülste saßen ausgesprochen pilzförmig auf der Haut, nicht in derselben; auch fehlte Zucker im Urin, zwei Merkmale, die bei dem gewöhnlichen Xanthom nicht zu fehlen pflegen.

Scheuer (Berlin).

33) E. Stangl. Zur Kenntnis der perithelialen Blutgefäßtumoren der Haut.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXIV. Hft. 6.)

Zwei klinisch vollkommen gutartige, bei einem 20- bezw. 18jährigen Mädchen seit längerer Zeit bestehende Hautgeschwülste, von denen das eine als Hämangiom imponierte, während das andere, sehr derb und von unveränderter Haut überzogen, auf dem Durchschnitte ebenfalls weite, mit Blut erfüllte Hohlräume erkennen ließ. Histologisch kennzeichnen sich beide als Blutgefäßgeschwülste, die einmal wegen der innigen Beziehungen der sie zusammensetzenden Zellen zu den Endothelien

der reichlich vorhandenen Kapillaren und dann wegen des Fehlens eines bindegewebigen Stromas zu den Endotheliomen gerechnet werden müßten. Histogenetisch stellen sich nach Meinung des Verf. ihrer Zurechnung zu den Endo- bezw. Peritheliomen große Schwierigkeiten entgegen, da den Endothelien vollkommen analoge Perithelien, von denen man die Entstehung der Geschwülste nur herleiten könnte, in den Blutgefäßen der Haut nicht vorkommen. Doch will mit Rücksicht auf die morphologischen Eigenschaften der Geschwülste, die nach ihm für die Bezeichnung Endo- und Peritheliom für eine Gruppe von Geschwülsten bindegewebiger Abstammung ausschlaggebend sind, Verf. beide doch als Peritheliome bezeichnet wissen. **Engelhardt** (Gießen).

34) **F. v. Krysztalowicz.** Ein Fall von Neurofibroma cutis multiplex.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 8.)

Im Anschluß an einen nichts Besonderes darbietenden Fall von multiplen Neurofibromen berichtet K. über die Ergebnisse seiner histologischen Untersuchungen; der Befund an einem kleinen Knoten sprach ganz im Sinne der v. Recklinghausen'schen Anschauung, indem dort zahlreiche Nerven vorhanden waren, die in einem größeren Knoten fehlten; die Wucherung geht von dem interfibrillären und dem die Nerven umgebenden Bindegewebe aus; das Kollagen wird verdrängt. Das neugebildete Gewebe enthält außer mannigfach geformten Bindegewebszellen viel Mastzellen, oft mit dem von Unna beschriebenen Saume.

Jadassohn (Bern).

35) **C. Cohn.** Die Behandlung der Pigmentmäler mit 30%igem Wasserstoffsuperoxyd Merck.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVII. Nr. 7.)

In drei Fällen wurden Pigmentflecke mit täglich zweimaligem Betupfen mit 30%igem Wasserstoffsuperoxyd mittels eines Glasstabes in kurzer Zeit und ohne nennenswerte Schmerzen entfernt. **Jadassohn** (Bern).

36) **Chrysopathes.** Erfolgreiche Behandlung eines inoperablen Sarkoms mittels Röntgenstrahlen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 50.)

Es handelte sich um ein durch ausgedehnte Verwachsungen mit der Bauchwand und dem Darm inoperabel (Probebauchschnitt) gewordenes großes Rundzellensarkom, wahrscheinlich des rechten Eierstocks, das durch Röntgenbestrahlungen nach mehrmonatiger Behandlung zuerst langsam, dann rasch an Volumen abnahm und schließlich ganz verschwand, um bis jetzt, 5 Monate später, nicht wiederzukehren. Auch von den früheren heftigen Schmerzen ist Pat. vollständig befreit geblieben. **Kramer** (Glogau).

37) **W. J. Morton.** Some cases treated by the X-ray.

(New York med. record 1903. Juli 25.)

M. veröffentlicht eine Serie von 16 mit X-Strahlen behandelten Fällen.

Unter den sieben Gesichtsepitheliomen verbreiterte sich ein zuerst sehr günstig beeinflußtes Geschwür während der Behandlung derartig, daß M. kaustische Behandlung mit Erfolg einleiten ließ. Auch andere hatten beobachtet, daß dieser Typus von tiefen Epitheliomen mit evertierten Rändern und »Perlennestern« schlecht unter Röntgen heilte. Die übrigen Fälle schienen nach monatelanger Revision geheilt.

M. beschreibt außerdem die unmittelbare Erweichung eines Furunkels und Rückgang der Schmerzen schon nach der ersten Sitzung, Heilung eines Keloides, einer Gesichtsakne, einer Alopecia areata (Beginn vor 7 Jahren), einer Sycosis, eines Uterusfibroides und einer Psoriasis. Ein Lupus vulgaris wurde erst dann mit bestem Erfolge behandelt, als man auch die Randpartie 1/2 Zoll breit (nach Vergrößerung des Ausschnittes der Bleiplatte) exponierte und eine tüchtige Dermatitis im Gesunden erzeugte. **Loewenhardt** (Breslau).

38) **Werther.** Über die Lichtbehandlung des Lupus mit der Finsen-Reyn'schen Lampe und die verwandten physikalischen Methoden. (Aus dem Stadtkrankenhause zu Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 50.)

Auch in dem genannten Krankenhause sind mit der kleinen Lampe, welche erheblich billiger ist, das Kohlenbogenlicht, das tief genug in die Haut dringt, in konzentriertem Zustande verwendet wird und größere Lichtverluste infolge ihrer engeren Konstruktion vermeidet, bisher sehr gute Resultate erzielt worden. Ein Lupus von Kleinhandtellergröße erforderte allerdings mindestens 50 Sitzungen von je $^{5}/_{4}$ Stunden Dauer. Auch Cancroide und oberflächliche Gefäßmäler des Gesichts sind mit einigem Erfolg behandelt worden. **Kramer** (Glogau).

39) **R. B. Wild.** A preliminary note on the treatment of lupus and cancer by light and Röntgen rays.

(Med. chronicle 1903. Dezember.)

W. verwendet neben den Röntgenstrahlen seit 2 Jahren das ultraviolette Licht zu Heilzwecken. Benutzt hat er sowohl die ursprüngliche Finsenlampe wie die nach Lortet-Genoud. Es wurden behandelt:

Lupus vulgaris 80 Fälle. Bisher geheilt 29, wesentlich gebessert 22. Bemerkenswert ist, daß die Finsenbehandlung eine höhere Zahl völliger Heilungen ergibt und bessere Narben erzielt als die Röntgenmethode. Sehr viel weniger wirksam zeigte sich die Lortet-Genoud-Lampe. Die Zeitdauer der Behandlung schwankt in weiten Grenzen: von 3 Monaten bis zu 2 Jahren.

Ulcus rodens 22 Fälle, ausschließlich mit Röntgenstrahlen behandelt. 4 sind noch in Behandlung, 3 gestorben, von 15 Entlassenen 2 ungebessert, 13 geheilt. Unter den letzteren rezidivierten 3 innerhalb 14 Monaten; 2 Rezidive heilten durch erneute Bestrahlung.

10 inoperable Epitheliome verschiedenen Sitzes. Die Röntgenstrahlen übten keinen Einfluß auf das Wachstum der Geschwülste aus, konnten auch, nach Exstirpation einer Geschwulst prophylaktisch angewendet, das Rezidiv nicht aufhalten.

Bei 8 inoperablen Brustkrebsen erzielte die Röntgenbehandlung stets ein erhebliches Nachlassen der Schmerzen und in 3 Fällen ein vorübergehendes Verschwinden einzelner kleiner und deutliche Verkleinerung größerer Knoten, jedoch keinen Dauererfolg.

Ein inoperables Parotiskarzinom wurde ohne Resultat bestrahlt.

Kleinschmidt (Charlottenburg).

40) **Margaret A. Cleaves.** Radium: With a preliminary note on radium rays in the treatment of cancer.

(New York med. record 1903. Oktober 17.)

In der glücklichen Lage, eine Glastube mit 1 g Radiumbromid von der Aktivität 7000 vorübergehend zur Verfügung zu haben, behandelte C. zwei Fälle, ein ausgedehntes Sarkom der linken Gesichtsseite und ein inoperables Uteruskarzinom. Beide Fälle hatten schon vorher unter Behandlung von X-Strahlen und ultraviolettem Licht ohne wesentliche Besserung gestanden.

Die Radiumröhre wurde mit einer langen Zange $^{3}/_{4}$ Zoll von der Haut entfernt 10 Minuten lang über einen Knoten, welcher die Region des linken Buccinators einnahm, festgehalten (und 5 weitere Minuten über einer Ulzeration). Unmittelbare subjektive Besserung. Am Tage darauf nochmalige Behandlung auch des Mundwinkels. Es fehlen pathologische Angaben. Die Beobachtungszeit betrifft auch nur einige Tage, weil das Radium wieder zurückgegeben werden mußte. Ebenso steht es mit den Angaben über den gynäkologischen Fall.

Die Abhandlung enthält außer dieser »vorläufigen« Mitteilung noch die allgemeinen bis jetzt über Radium bekannten interessanten Angaben.

Loewenhardt (Breslau).

41) Ravant. Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire.

(Ann. de dermat. et de syph. 1903. p. 537.)

Verf. untersuchte die Zerebrospinalflüssigkeit von 84 weiblichen Pat. im Sekundärstadium der Lues und fand — neben 28 Fällen ohne Veränderung — bei 56 vermehrten Leukocytengehalt. Die Schwere der Hauterkrankung steht nicht in sicherem Zusammenhange mit dem Befunde der Leukocytenvermehrung, nur 2 Fälle scheinen dafür zu sprechen. Albumen fand sich in der Flüssigkeit teilweise in sehr beträchtlicher Menge. Mehrere Pat. bekamen einige Stunden nach der Entnahme von 3 oder 4 ccm Kopfschmerzen und Erbrechen. Zur Kontrolle wurden an 12 Hautkranken (Psoriasis, Erytheme, Lichen chron., Sklerodermie usw.) Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit vorgenommen; sie ergaben keine Veränderungen. **Klingmüller** (Breslau).

42) Milian. Le liquide céphalo-rachidien des tabétiques.

(Ann. de dermat. et de syph. 1903. p. 555.)

Bei 18 sicheren Tabetikern fand Verf. 4mal keine, 3mal leichte, 11mal stark vermehrte Leukocytose in der Zerebrospinalflüssigkeit. Die vier negativen Resultate bezogen sich auf sehr alte oder nicht ganz sichere Fälle von Tabes, ebenso wie die 3 Fälle mit geringem positivem Ausschlag. Von den 11 positiven Fällen waren 6 mit Ataxie, 5 »Formes frustes«. Quecksilber hat auf die Lymphocytose keinen Einfluß, was nach Verf.s Ansicht für die Fournier'sche Auffassung von der parasyphilitischen Natur der Tabes spricht. **Klingmüller** (Breslau).

43) R. B. Kimball. Gonorrhoea in infants, with a report of eight cases of pyaemia.

(New York med. record 1903. November 14.)

In der Publikation von K. ist beachtenswert, daß acht Fälle von gonorrhoischer Pyämie, bei welchen sich Gelenkentzündungen und Abszesse entwickelten, beobachtet wurden, ohne daß irgendwo auch bei genauester Untersuchung die Eintrittspforte für die Infektion gefunden werden konnte. Dabei konnten regelmäßig durch Kultur, Gram-Entfärbung und intrazelluläre Lage nach unseren heutigen Begriffen typische Gonokokken nachgewiesen werden. Die sieben Mädchen und ein Knabe waren alle unter 3 Monate alt. In sechs Fällen bestand eitrige Arthritis und Periarthritis zahlreicher Gelenke und Myositis. In zwei Fällen war nur das Kniegelenk befallen, Fuß- und Handgelenk öfters, in zwei Fällen das Kiefergelenk, in drei Fällen Zehen und Finger. Einmal fand sich in elf Gelenken Eiter.

Die Behandlung bestand jedesmal in Arthrotomie oder Aspiration. Die Gelenksentzündungen entwickelten sich nacheinander. Das erste Gelenk war oft geheilt, ehe das letzte befallen wurde. In keinem dieser Fälle bestand irgendwie Urethritis, Vaginitis oder Conjunctivitis. Nur in einem Falle entstand — aber erst nach der Gelenksentzündung — eine gonorrhoische Ophthalmie.

Sechs Fälle endeten tödlich, vier während des akuten Stadiums, zwei später an Erschöpfung. Die Vermutung, daß eine Stomatis die Infektionsquelle gewesen sein könnte, ließ sich nur in einem Falle und auch in diesem nicht sicher annehmen. Eine Infektion durch die Respirationsorgane war ebenfalls einmal nicht ganz auszuschließen. **Loewenhardt** (Breslau).

44) S. Grosz. Ein Beitrag zur Kenntnis der Cavernitis gonorrhoica.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVII. Nr. 3.)

Bei einem Pat., bei dem 5 Jahre vorher im Verlauf einer akuten Gonorrhöe ein periurethraler Abszeß eröffnet worden war, bestand ein hartes, erbsengroßes Infiltrat; »die Erektion war schmerzlos, jedoch mit leichter Deviation des Gliedes vergesellschaftet«, die Rigidät verringert. Er kam mit akuter Gonorrhöe zu G.;

nach kurzer Zeit bildete sich (ohne Lokaltherapie) ein nußgroßer Abszeß, von dem sich ein federkieldicker, harter Strang bis an die Harnröhre verfolgen ließ; der Abszeß wurde gespalten, der Strang entfernt; die Erektion wurde danach wieder normal. Der Abszeßeiter enthielt Gonokokken; das Gewebsstück zeigte Narbengewebe mit akut entzündlichen Veränderungen in der Mitte und in diesem ebenfalls Gonokokken. Drüsen oder Reste solcher waren nicht auffindbar. Für diesen Fall war also die Finger'sche Anschauung, daß die Entzündung längs der Ausführungsgänge der Littre'schen Drüsen in die des Schwellgewebes gelange, nicht berechtigt. Verf. zieht aus seinem Befunde den Wahrscheinlichkeitsschluß, daß in diesem, wie in anderen nicht sehr seltenen Fällen, in denen nach einer ausgeheilten Periurethritis die Narbe neuerdings entzündet wird und abszediert, nicht eine Neuinfektion vorliegt, sondern daß in der Narbe liegen gebliebene Gonokokken gelegentlich zu einer Reinfektion Anlaß geben. Einfacher, als diese Annahme ist wohl die, daß in solchen narbigen Bildungen ein Locus minoris resistentiae gegeben ist, und daß die Gonokokken vermutlich auf dem Lymphwege aus der Harnröhre in einen solchen Strang eindringen. Die operative Beseitigung solcher Narben ist jedenfalls berechtigt. **Jadassohn** (Bern).

45) **C. A. Powers.** A case of diffuse gonococcus infection of the entire upper extremity.

(New York med. record 1903. Oktober 3.)

P. bespricht die Pathologie der gonorrhoischen Metastasen unter ausführlicher Beschreibung eines Falles, in welchem 9 Tage nach der Infektion eine rechtsseitige ausgedehnte artikuläre und periartikuläre Ellbogengelenkserkrankung eintrat. Die Schwellung reichte von der Hand bis zur Schulter und stieg am Ellbogen so enorm, daß freie Inzisionen in dieser Gegend zum Teil bis auf das Periost notwendig wurden. Es entleerte sich klare, seröse Flüssigkeit (nur am Condylus externus ein wenig Eiter). Reinkulturen von Gonokokken waren massenhaft daraus zu züchten. Trotz langmonatiger Behandlung fast völlige Ankylose.

Loewenhardt (Breslau).

46) **B. B. Foster.** Report of a needle in the prostatic urethra.

(New York med. record 1903. November 14.)

Durch Sectio mediana wurde eine 2 Zoll lange starke Nähnadel mit Faden einem Manne aus der Pars prostatica entfernt.

Der Pat. behauptet, 3/4 Jahr vorher den Fremdkörper verschluckt zu haben. Die Möglichkeit einer urethralen Einführung wird auch nicht ausgeschlossen.

Loewenhardt (Breslau).

47) **J. H. Nicoll.** Prostata from a typical case of submucous or extra-vesical prostatectomy.

(Glasgow med. journ. 1903. p. 433.)

In einem relativ frischen Falle von Prostatahypertrophie, bei dem Beschwerden erst seit einem Jahre bestanden und keine Cystitis vorhanden war, enukleierte N. die Prostata. Während von einer Sectio alta aus der in die Blase eingeführte Finger den Blasengrund kontrollierte, wurde von einem λ-förmigen perinealen Schnitt aus die Prostatakapsel gespalten und alles fühlbare Prostatagewebe teils mit dem Finger, teils instrumentell entfernt. Keine Verletzung der Urethra und des Blasengrundes. Heilung binnen 5 Wochen mit guter Funktion.

Verf. weist darauf hin, daß die von Rydygier kürzlich neuentdeckte Operationsmethode bereits 1894 von ihm selbst im Lancet beschrieben worden ist.

M. v. Brunn (Tübingen).

48) **E. Stangl.** Ein Fall von Urachusfistel bei einem Erwachsenen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 40.)

Der ausführlich wiedergegebene Fall betrifft einen 21jährigen Pat. mit starker Diastase der Mm. recti, was dem Verf. ätiologisch von Wichtigkeit zu sein scheint.

Die Urachusfistel schloß sich im 14. Lebensjahre des Pat., der bis dahin nur geringe Beschwerden hatte (Urinabträufeln durch den Nabel nur bei starker Füllung der Blase und geringe ziehende Schmerzen zwischen Nabel und Symphyse beim Urinieren). Im 14. Jahre Aufhören des Harnträufelns, wohl durch epitheliale Verklebung im Anfangsteile des Urachus bedingt. Nun beginnende Infektion vom Nabel aus in den Blindsack, der sich später auch nach dem Nabel zu schloß und schließlich bis zu Kleinapfelgröße anschwoll. Bei starker Füllung des Sackes durch eitriges Sekret kontinuierlich Schmerzen; und nun brach sich der Eiter seinen Weg entweder durch den Nabel nach außen oder nach unten in die Blase. Hiernach verschwanden jedesmal sämtliche Beschwerden.

Die von v. Eiselsberg vorgenommene Entfernung des ganzen entzündlich veränderten Urachus führte in kurzer Zeit die völlige Heilung des Pat. herbei.

Hübener (Dresden).

49) **Cassanello** (Pisa). Contribution anatomo-pathologique et clinique à l'étude des tumeurs a fibres musculaires lisses de la vessie.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1903. Nr. 19.)

Verf. teilt ausführlich die Krankengeschichte und den pathologisch-anatomischen Befund eines Falles von Fibromyom der vorderen und oberen Blasenwand mit sarkomatöser Entartung mit. Die Geschwulst war bei dem 52jährigen Manne innerhalb 7 Jahren anfangs beschwerdelos bis fast zur Größe eines Mannskopfes herangewachsen. Ihr Ausgangspunkt wurde mangels entsprechender Blasensymptome erst bei der Operation festgestellt. — Verf. fand 20 analoge Fälle in der Literatur und bespricht an der Hand derselben das Krankheitsbild dieser Affektion.

A. Most (Breslau).

50) **Leguerne.** Une observation d'uretéro-néo-cystostomie.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 147.)

Im Laufe einer abdominellen Hysterektomie wegen Fibrom wurde ein Harnleiter durchtrennt und die Blase eröffnet. L. pflanzte sofort das zentrale Harnleiterende in die Blase ein und schloß letztere. Die Pat. genas.

V. E. Mertens (Breslau).

51) **K. Lichtenauer.** Zur Ureterenchirurgie.

(Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.)

Verf. hat bei einem Falle von Harnleiter-Scheidenfistel nach Uterusexstirpation das extraperitoneale Implantationsverfahren nach Israel-Mackenrodt mit gutem funktionellem Erfolg angewendet und zieht dieses Verfahren im allgemeinen dem intraperitonealen nach Krause-Fritsch vor, weil es zwar eine weniger sichere Naht, aber eine Drainage der Nahtstelle gestattet und bei Vorhandensein stärkerer intraperitonealer Verwachsungen oder größerer Defekte am Harnleiter eine ausgiebige Verlagerung des Harnleiters ermöglicht.

Willi Hirt (Breslau).

52) **R. C. Larrabee.** A clinical study of 112 cases of movable kidney.

(Med. and surg. reports of the Boston city hospital 1903.)

L. hat bei 272 Pat. seiner Poliklinik ohne Auswahl nach Wandernieren geforscht und bei 112 positive Resultate bekommen, d. h. nierenförmige Geschwülste gefühlt, die sich in die Nierengegend reponieren ließen (98mal rechts, 1mal links allein, 13mal beiderseitig). Nur 8mal war die Wanderniere Ursache der Klagen, 8mal bestand allgemeine Enteroptose. Operative Behandlung wurde nie für angezeigt gehalten. L. warnt vor unnötigem Operieren und besonders davor, daß man nichtsahnende Pat. auf das Leiden aufmerksam mache.

Lengemann (Bremen).



53) S. Oberndorfer. Zur Frage der posttraumatischen Nephritis. (Aus dem kgl. pathol. Institut zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 50.)

Ein 49jähriger Mann zog sich beim Heruntergehen über die Treppe eine Fußgelenksverstauchung zu, ohne zu fallen und erkrankte bald darauf an Erscheinungen, die auf eine akute parenchymatöse Nephritis hinwiesen und 3 Wochen nach jenem Unfall seinen Tod unter urämischen Symptomen herbeiführten. Die Sektion ergab eine akute Fettdegeneration des Nierenparenchyms, deren Dauer die Zeit von wenigen Wochen nicht übersteigen konnte, und Zertrümmerung der Muskulatur des Ileopsoas und Quadratus lumborum mit ausgedehntem subperitonealem Bluterguß am oberen Pole der linken Niere und Blutungen in die Muskulatur der beiden Recti abdominis. Pat. hatte vor 20 Jahren bereits an Nierenblutung gelitten und später bei einer Fingeramputation und dann auch bei einer Furunkelinzision starke Blutverluste gehabt, die auf eine hämophile Konstitution hinwiesen. **Kramer** (Glogau).

54) M. Patel et P. Cavaillon. Du traitement chirurgical des néphrites.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1903. Nr. 18.)

Verff. berichten aus der Jaboulay'schen chirurgischen Abteilung (Hôtel Dieu-Lyon) über eine 44jährige Kranke mit chronischer einseitiger Nephritis, die sich namentlich in schweren Anfällen von Nephralgie äußerte. Albuminurie, keine Hämaturie. Die klinische Diagnose schwankte zwischen Nephrolithiasis und einseitiger Nephritis. Die lumbale Freilegung der Niere ergab eine fibröse Entartung des perinealen Fettgewebes, eine Verdickung der fibrösen Kapsel, gefäßhaltige Verwachsungen zwischen beiden Kapseln, eine Vergrößerung der Niere, deren Oberfläche unregelmäßig und narbig (?) war. Der operative Eingriff bestand in der Nephrolyse, Enthülsung und Abtragung der Kapsel. Verschwinden des Eiweißes, der Schmerzen usw. Ob und wie lange die »Heilung« Bestand gehabt hat, wird nicht erwähnt. Verff. geben einen Überblick über die bisher mit der operativen Behandlung erzielten Resultate in Fällen von akuter und chronischer Nephritis und erklären sich als Anhänger dieses Verfahrens. Der günstigste Zeitpunkt zum operativen Eingreifen ist dann, wenn die Nephritis in ein Stadium vorübergehender Besserung getreten ist, d. h. wenn ein urämischer Zustand gewichen ist, die Albuminurie aber noch fortbesteht (Operation »à froid«).

Paul Wagner (Leipzig).

55) Jaboulay. Du traitement chirurgical des néphrites.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 46.)

J. bespricht die theoretischen Grundlagen der aktiven Therapie der akuten und chronischen Nephritis und teilt den Fall einer 41jährigen Frau mit, welche durch Enthülsung der rechten Niere von einer 10 Monate dauernden Albuminurie befreit wurde. Bei der Operation wurde das Becken der rechten Niere leer gefunden. Durch die Operation stieg die tägliche Urinmenge in wenigen Tagen von 800, 900 auf 1200 ccm, der Harnstoffgehalt von 9 g in 1 Liter auf 12,5.

Eigentümlich an dem Falle J.'s ist, daß die rechte Niere, welche vergrößert war und vor der Operation gut getastet werden konnte, sehr schmerzhaft auf Druck war und auch spontan heftige Lumbalschmerzen machte, was bei chronischer Nephritis nicht vorzukommen pflegt. Für den auffallend schnellen Erfolg, der durch neu gebildete Blutgefäße noch nicht erklärt werden kann, denkt J. an die Vermittlung der Vasomotoren des Sympathicus.

W. Sachs (Mülhausen i. E.).

56) R. Guitéras. The operative treatment of chronic Bright's disease; a second communication on reports of 120 cases.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. November 7 u. 14.)

Von der Anschauung ausgehend, daß das gegenwärtig so aktuelle Thema der operativen Behandlung der chronischen Nierenentzündung am besten gefördert

werden könne durch eine Zusammenstellung der Erfahrungen einer Reihe von Chirurgen, hat Verf. eine Umfrage an 150 der ersten amerikanischen Operateure ergehen lassen, in der er die Beantwortung von fünf Fragen in bezug auf das erwähnte Thema erbat.

Die Ansichten sind zu annähernd gleichen Teilen pro und contra; Verf. selbst war ursprünglich sehr skeptisch, ist aber jetzt mehr Anhänger der Operation geworden; die Fragen bezogen sich auf den Begriff der Bright'schen Nierenkrankheit, auf die Art der Operation, auf die Argumente dafür und dagegen, auf die Symptome, welche die Operation veranlaßten, endlich die erreichten Resultate.

Bezüglich des ersten Punktes differieren die einzelnen Operateure sehr wesentlich: der streng pathologische Begriff der chronischen Nierenentzündung ist häufig nicht präzisiert; vielmehr sind es oft einzelne Symptome, die die amerikanischen Kollegen, welche nicht so kritisch wie bei uns vorgehen, veranlassen, die entsprechende Diagnose zu stellen. Merkwürdig ist, daß häufig die Koinzidenz von Bright's Krankheit mit beweglicher Niere genannt wird, wobei der Prozeß wohl in beiden Nieren bestehen kann; trotzdem bringt eine Nephropexie Heilung.

Die Operationen bestehen in partieller Enthülsung einer oder beider Nieren und Befestigung des Organes an die Bauchwand mit Nähten durch die Capsula propria, oder in totaler Entfernung der Capsula propria und Wiedereinbettung in die Fettkapsel; auch verschiedene, nicht sehr wesentliche Modifikationen werden berichtet. Die Blutung war meist sehr stark, so daß einmal sogar die Niere entfernt werden mußte; ein Berichterstatter erzählt dagegen, daß in einem Falle die Nieren sehr blaß waren und so gut wie gar nicht bluteten. Die makroskopische Diagnose am lebenden Organe wird allerseits als sehr schwierig angegeben und Exzision eines Stückchens empfohlen.

Die Theorien bezüglich der Wirkung der Operation sind verschiedenartig; die Steigerung der Zirkulation ist es wohl, die durch Schaffen neuer Bahnen auf dem Wege der Verbindung mit der Bauchwand günstig wirken soll; auch Edebohls hält die arterielle Hyperämie für das Wesentliche.

Bei dieser Auffassung erklären sich aber, nach Ansicht des Verf., nur die Erfolge der totalen Abkapselung und Annähung der Niere an die Bauchwand, dagegen nicht die Erfolge, wenn die Niere in ihre Fettkapsel reponiert wird. Dr. Johnson hat durch Experimente an Hunden nachgewiesen, daß die Fettkapsel sehr wenig Gefäße führt. Bei der Dekapsulation wird nur die äußere, dickere Lamelle entfernt; die Regeneration geht von der inneren Lamelle aus und ist bei Hunden in $3^1/_2$ Monaten beendet; in keinem der Fälle fand sich eine beträchtliche Anastomose zwischen renalen und perirenalen Blutgefäßen. Diese Regeneration ist nach Ansicht G.'s die Ursache von späten Todesfällen nach anfangs günstigem Erfolge, weil durch den erneuten Druck in der Niere wieder die Blutzufuhr vermindert wird.

Bezüglich der praktischen Folgerungen in bezug auf die Behandlung der Nierenentzündung ist G. der Ansicht, daß die konservative innere Behandlung indiziert ist, solange das Allgemeinbefinden des Pat. günstig ist; macht die Erkrankung schnelle Fortschritte und ist Herzübermüdung zu befürchten, dann soll operiert werden.

In betreff der Symptome, welche die Operation veranlaßten, wird der ganze bekannte Komplex erwähnt, doch dürfte wohl einer strengen Kritik nicht alles Aufgeführte standhalten; meint doch z. B. Ferguson, jede bewegliche Niere habe interstitielle Nephritis und müsse deshalb operiert werden. Bei fast allen Fällen bestanden irgendwelche urämische Anzeichen oder allgemeines Anasarka; wenn mehrere Autoren gerade diese verzweifelten Fälle als Objekt dieses chirurgischen Eingriffes hinstellen, kann Verf. davor nur warnen; denn rund 50% aller Operierten starben, 25% werden zunächst geheilt und sterben später, während nur 25% geheilt oder gebessert werden; freilich werden auch einige ganz überraschende Heilungen solch verzweifelter Fälle referiert.

Am interessantesten ist die Zusammenstellung der Resultate. Die besten Erfolge gaben Dekapsulation und Fixation beweglicher Nieren, bei denen Zylindr-

urie, Albuminurie usw. vorhanden waren und nach der Operation verschwanden. Die Statistik umfaßt 120 verwendbare Fälle verschiedener Chirurgen, mit 16% Heilungen, 40% Besserungen; 11% zeigten keine Besserung, 33% starben. In Fällen von interstitieller Nephritis sind die Resultate oft ausgezeichnet, insofern Eiweiß und Zellen verschwanden; die Sterblichkeit bei chronisch interstitieller Nephritis war 26%, bei chronisch parenchymatöser 25%, bei chronisch diffuser 57%.

Zum Schluß bringt Verf. in einer Tabelle die Übersicht über die verwendeten 120 Fälle mit ausreichenden Details. **Scheuer** (Berlin).

57) **L. Spillmann et L. Hoche.** Un cas de maladie d'Addison à denouement rapide.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 38.)

Eine junge Frau, mit den Anzeichen des Morbus Addisonii, geht 14 Tage nach dem ersten Auftreten der Melanodermie in einem typhösen Zustande, mit Abdominalschmerzen, hohem Fieber und Diarrhöen zugrunde. Bei der Autopsie fand sich neben einer Verkäsung beider Nebennierenkapseln eine tuberkulöse Pelveoperitonitis, ausgehend von einer Tube, und käsige Degeneration einer ganzen Kette von retroperitonealen Lymphdrüsen. Andere Organe zeigten keine Tuberkulose. Die Verff. machen für den schnellen Verlauf das Fehlen der Nebenierenfunktion verantwortlich und erinnern an Experimente von Oppenheim und Loeper, welche bei Tieren, die durch allmähliche Destruktion der Nebennierenkapseln beraubt waren, Vergiftungen erzielten mit Dosen von Phosphor, die bei gesunden Kontrolltieren absolut unschädlich waren.

Der Fall ist noch dadurch interessant, daß die Ansteckung von dem an »bazillärer Orchitis« leidenden Manne ausging. **W. Sachs** (Mülhausen i. E.).

58) **Herescu.** Ein Fall von Diabetes insipidus, geheilt durch chirurgischen Eingriff (Nephropexie).

(Spitalul 1903. Nr. 18.)

Es handelte sich um einen 15jährigen Pat., der beim Versuch, eine schwere Last zu heben, plötzlich einen heftigen Schmerz im linken Hypochondrium fühlte, welcher durch 2 Monate, bis zu seinem Eintritt ins Krankenhaus bestand und auch in die linke Weiche ausstrahlte. Gleichzeitig trat Polyurie auf: der Kranke trank große Flüssigkeitsmengen und entleerte 12—15 Liter Urin in 24 Stunden. Vor einem Monate waren leichte, terminale Hämaturien durch 5 Tage aufgetreten, sonst bot die Miktion nichts Abnormes und war schmerzlos. Die linke Niere stand tiefer, und war die Gegend derselben auf Druck schmerzhaft. H. nahm die Nephropexie vor, um diese Schmerzhaftigkeit zum Verschwinden zu bringen und gleichzeitig durch Knetung des renalen Plexus und der Nebenniere womöglich auf den Diabetes insipidus einzuwirken. Die Operation wurde auf lumbarem Wege vorgenommen. Am folgenden Tage betrug die abgesonderte Urinmenge 1 Liter und schwankte in den folgenden Wochen zwischen 750 und 1000 g. Gleichzeitig war auch der Durst um Vieles veringert, so daß Pat. nur $1^1/_2$—2 Liter Flüssigkeit innerhalb 24 Stunden zu sich nahm. 36 Tage nach der Operation wurde er von H. wieder gesehen; der günstige Zustand war gleich geblieben.

H. kann eine Erklärung dieses therapeutischen Erfolges nicht geben, empfiehlt aber den Fall der Beachtung, um weitere Nachforschung in dem Sinne einer Heilung des Diabetes insipidus auf chirurgischem Wege anzuregen. **E. Toff** (Braila).

59) **Cernezzi.** Fibroleiomioma di una vena del plesso spermatico posteriore.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903. Nr. 146.)

Bei einem 60jährigen Manne entwickelte sich einige Wochen nach einem Fall im Hodensack eine kleine, schmerzlose, runde, ziemlich harte Geschwulst. Nach einem halben Jahre war die noch immer glatte und runde Geschwulst, welche im

linken Samenstrange saß und bei längerem Stehen ziehende Schmerzen verursachte, birnengroß geworden. Sie wurde deshalb, obwohl Verwachsungen nicht vorhanden waren und Druckempfindlichkeit nicht bestand, samt dem linken Hoden exstirpiert. Es zeigte sich, daß sie von einer dem hinteren Plexus spermaticus angehörenden und 3 mm Lichtung enthaltenden Vene ausging. Ihr Durchmesser betrug nach der Exstirpation 6 cm, ihr Gewicht 200 g. Die weiße, fein genetzte Schnittfläche hat hier und da Sehnenglanz. Die mikroskopische Untersuchung ergibt ein Fibroleiomyom, das von der Muskelschicht einer Vene ausgeht.

Dreyer (Köln).

60) E. Lauwers. Deux cents observations d'hystérectomie supravaginale pour fibromes.

Bruxelles. 48 S.

Von 200 Operierten sind sechs gestorben. Zwei Verstorbene gingen an Herzschwäche zugrunde, eine an Lungenentzündung, zwei weitere an Infektion und die sechste wahrscheinlich an einer Morphiumintoxikation. **Neck** (Chemnitz).

61) Hinterstoisser. Beiträge zur Myomoperation.

(Sep.-Abdr. aus: Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Festschrift für Chrobak.)

Verf. hat in den letzten 10 Jahren 91 Myomoperationen ausgeführt. 33mal wurde von der Scheide aus vorgegangen ohne Eröffnung der Bauchhöhle, 41mal fand der Bauchschnitt (Linea alba) Anwendung und 17mal wurde die Bauchhöhle von der Scheide her eröffnet.

(31 supravaginale Amputationen nach Chrobak mit retroperitonealer Stielversorgung, 1 Uterusamputation mit extraperitonealer Stielbehandlung, 2 abdominale Totalexstirpationen, 6 abdominale Myomenukleationen, 1 Kastration. 5 Kolpotomien mit Enukleation des Myoms, 12 vaginale Totalexstirpationen.)

Von den Operierten starben 4 (3 supravaginale Amputationen nach Chrobak, 1 Fall bei extraperitonealer Stielbehandlung).

1 Kranke ging an Lungenembolie zugrunde, 1 an postoperativem Ileus, 1 war von vornherein ungeeignet zur Operation. Die 4. Kranke starb an den Folgen einer bereits vor der Operation vorhanden gewesenen Sepsis.

5mal beobachtete H. nach Enukleation von Myomen Rezidive.

Nach seinen Erfahrungen hält Verf. die Chrobak'sche Operation für diejenige, »welche die besten und sichersten Erfolge gibt«. **Neck** (Chemnitz).

62) Delore. A propos du diagnostic de la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire.

(Bulletin méd. 1903. Nr. 77.)

Verf. fand in drei Fällen von Stieltorsion eines Ovarialkystoms, daß im Gegensatze zu dem gewöhnlichen Sitze großer Cysten in der Mittellinie diese Cysten sehr stark seitlich lagen, trotzdem sie bis zum Nabel oder über ihn hinaus reichten. In zwei Fällen lag das Kystom, wie die Operation ergab, auf der seinem Ursprung entgegengesetzten Seite. Mag diese Wanderung von der einen Seite zur anderen nun die Ursache oder Folge der Torsion sein, jedenfalls ist sie, zusammengenommen mit Schmerzanfällen, ein wichtiges diagnostisches Zeichen einer Stieltorsion. Die erwähnte auffallend seitliche Lage der Cyste ist eine Folge der Wanderung und daher ebenfalls von diagnostischer Bedeutung.

Mohr (Bielefeld).

63) T. W. Salenski. Zur Frage von der krebsigen Degeneration der Eierstocksdermoide.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 45 u. 46.)

Die 46 Jahre alte Frau bemerkte die Dermoidcyste des linken Eierstockes vor 15 Jahren. Seit 6 Monaten begann die Geschwulst rasch zu wachsen und

wurde sehr schmerzhaft. Bei der Operation wurde die 12×9×7 cm große Geschwulst, ferner der Uterus mit einem möglichst großen Teil der Ligg. lata entfernt; man fand Metastasen in Netz, Bauchfell, Beckenzellgewebe und in den retroperitonealen Lymphdrüsen. Tod nach einem halben Jahre an Krebskachexie Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst zeigte krebsige Degeneration der ektodermalen Epitheldecke der Innenfläche der Cyste, nach dem Typus des Plattenepithelkrebses. Diese Degeneration verbreitete sich herdweise über die ganze Oberfläche, ging von hier kontinuierlich durch die Lymphspalten in die Tiefe und befiel weiter die Nachbargewebe, die Ligg. lata, den Uterus usw., und weiterhin durch Einimpfung der abgestoßenen Krebszellen in das Lymphsystem, das Peritoneum. — Aus der Literatur werden 17 Fälle referiert (fünf davon nur kurz erwähnt). **Glückel** (Kondal, Saratow).

64) **H. Fuchs.** Zur Narkose in der Gynäkologie mit besonderer Berücksichtigung der Witzel'schen Äthertropfmethode. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 46.)

Nach jahrelangem Gebrauch der Wagner-Longard'schen Maske, die bei mancherlei Mängeln doch die großen Vorzüge genügender Luftzufuhr und Entlüftung gegenüber anderen Systemen gezeigt hatte, ist man in der Kieler Frauenklinik zu der Witzel'schen Ätherisierungsmethode übergegangen. Dieselbe wurde in 300 Narkosen nach vorgängiger subkutaner Darreichung von 0,15 Codein. phosph. an Stelle des Morphin angewandt und hat sich in der gynäkologisch-operativen Praxis aufs beste bewährt, obwohl bei allen vaginalen Operationen und bei den Explorationsnarkosen auf Chloroformzuschuß verzichtet wurde. Unangenehme Nachwirkungen auf die Atmungsorgane kamen niemals vor.

Kramer (Glogau).

65) **W. Overend.** Note on the value of ichthyol in tuberculous glands.

(Lancet 1904. Januar 30.)

Verf. empfiehlt angelegentlichst die innerliche Darreichung von Ichthyol bei tuberkulösen Drüsen und Fisteln sowohl bei Kindern wie bei Erwachsenen. Für Kinder rät er zu der Tablettenform als der am liebsten genommenen. Er gibt 3mal täglich 0,1 Ichthyol mit etwas Eisen. In 2—4 Wochen sah er walnußgroße Drüsenpakete total verschwinden. **H. Ebbinghaus** (Paris).

66) **Schüle.** Über die probatorische Tuberkulininjektion.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1903. Bd. II. p. 69.)

S. teilt schlimme Erfahrungen mit, die er bei der probatorischen Injektion des alten Tuberkulin zu machen Gelegenheit hatte. Das einemal führte eine Dosis von 0,001 bei einer tuberkuloseverdächtigen Diakonisse und bei einem gesunden Kollegen, der sich experimenti causa von demselben Präparat injiziert hatte, zu außerordentlich heftigen Allgemeinerscheinungen, das zweitemal hatte bei einem Pat., der auf 0,00025 mit 37,7° reagiert hatte, eine 2 Tage später vorgenommene Injektion von 0,0005 ein Wiederaufflackern eines im Rückgange begriffenen tuberkulösen Prozesses und den Tod an Miliartuberkulose zur Folge. Dem steht ein weiterer Fall gegenüber, in welchem trotz deutlichen Lungen- und Bazillenbefundes jede Reaktion ausblieb.

Nach solchen Erfahrungen ist S. von der probatorischen Tuberkulininjektion gänzlich abgekommen. **M. v. Brunn** (Tübingen).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 13. Sonnabend, den 2. April. **1904.**

I.

Der Lappenschnitt zur blutigen Reposition veralteter Hüftgelenksverrenkungen.

Von

Prof. **Ludw. Rydygier** in Lemberg,

k. k. Hofrat.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß die blutige Reposition das idealste Verfahren zur Heilung veralteter irreponibler Hüftgelenksluxationen bildet, aber ebenso sicher steht es fest, daß es ein sehr schwerer Eingriff ist — wenigstens bis jetzt. Gayet[1] ist im Irrtum, wenn

[1] G. Gayet, De la reposition sanglante de la tête fémorale dans les luxations irréductibles de la hanche. Revue de chir. 1902. Nr. 8. p. 274.

er diese Operation als »peu grave« bezeichnet, indem er sich darauf stützt, daß von den bekannten 36 Fällen nur zwei letal geendet haben und daraus eine Mortalität von nur 5,55% berechnet. Erstens beweisen so kleine Statistiken überhaupt nichts, und zweitens wiederholt sich hier wieder das alte Spiel, daß unglückliche Fälle gar nicht, oder wenigstens nicht so schnell veröffentlicht werden.

Die Hauptgefahren dieser Operation sind Chok und Infektion. Durch die Wahl einer entsprechenden Operationsmethode müssen wir danach streben, diese Gefahren zu vermindern. Ohne Zweifel werden wir unseren Kranken um so weniger der Chokgefahr aussetzen, je besser wir alles so vorbereiten, daß die Reposition möglichst sanft, ohne besonders große Kraftanwendung, ohne starke Zerrung und Quetschung vollbracht werden kann. Wissen wir doch, daß selbst bei der unblutigen Reposition veralteter Hüftgelenksluxationen der Tod durch Chok eintreten kann — habe ich leider selbst in letzter Zeit einen solchen Fall zu beklagen —, weil wir eben dabei auch, ohne besonders brüsk vorzugehen, eine größere Kraft anwenden müssen. Deshalb schreibt Poncet: »Pour prévenir une telle complication, plus fréquente qu'on ne le suppose, car tous les cas n'ont pas été publiés, nous proposons l'arthrotomie non plus après, mais avant les manoeuvres non sanglantes de réduction, dans le cas de luxation ancienne de la hanche«. Wenn aber der blutige Eingriff die Gefahr des Choks wirklich vermindern soll, so muß er so ausgeführt werden, daß darauf das Zurückbringen des verrenkten Kopfes in die Pfanne wirklich ohne besondere Kraftanstrengung möglich wird.

Aber nicht nur die Gefahr des Choks wird durch größere Kraftanwendung bei der Reposition heraufbeschworen, sondern auch die Infektion kann viel leichter eintreten, wenn wir durch Zerren, Quetschen und Zermalmen der Gewebe ihre natürliche Widerstandskraft gegen die Bakterien herabgemindert haben. Wir operieren hier in einer Gegend, wo es auch bei der größten Vorsicht vorkommen kann, daß schon während der Operation und noch mehr in der Nachbehandlungsperiode eine kleinere Anzahl von Bakterien in die Wunde hineingelangen kann; gesundes Gewebe wird mit ihnen fertig; im gequetschten, mit Blut imbibierten werden sie sich festsetzen und reichlich vermehren können.

Es vergrößert gewiß nicht die Gefahr, wenn die äußere, glatt geschnittene Wunde um einige Zentimeter länger ausfällt, aber sie soll nicht nur den luxierten Kopf, sondern auch die Pfanne weit aufdecken und frei zugänglich machen.

Aus diesen Gründen bin ich in meinen letzten Fällen von blutiger Reposition veralteter Hüftgelenksluxationen zum Bogenschnitt übergegangen.

Bekanntlich sind bis jetzt folgende Methoden bei der blutigen Reposition in Verwendung gekommen: a. Der vordere Vertikalschnitt nach Art des Schede-Hüter'schen Resektionsschnittes.

b. Der hintere äußere, mehr oder weniger schräge, winklige oder gebogene Schnitt nach Art des Langenbeck-Ollier-Kocher'schen Resektionsschnittes. c. Der nach unten konvexe Querschnitt mit Abmeißelung der Trochanterspitze nach Art des zweiten Ollier'schen Resektionsschnittes »procédé à tabatière«.

a. Der vordere Längsschnitt gewährt nicht einen hinlänglich freien Zutritt zum Gelenk bei den schwierigen Verhältnissen, die wir bei den veralteten Hüftgelenksluxationen zu überwinden haben, so daß er jetzt wohl allgemein verlassen ist, trotzdem Nélaton ihn sehr warm anempfohlen hat. Er stellte den Grundsatz auf, daß man bei Luxationen nach hinten den vorderen Schnitt und bei Luxationen nach vorn einen hinteren wählen müsse, damit beim Aufsuchen der Pfanne der verrenkte Kopf nicht im Wege stände.

b. Den hinteren Schnitt hat man in letzter Zeit ziemlich allgemein bevorzugt; so z. B. empfehlen ihn sehr warm Payr[2] und Gayet. Ich will nicht bestreiten, daß der hintere Schnitt seine Vorzüge hat, doch sind Fälle bekannt, wo nur mit großer Mühe und Kraftanstrengung die Reposition gelungen ist, nachdem man überdies ausgedehnte Hilfsschnitte und weitgehende Muskelablösungen hinzugefügt hat. In einzelnen Fällen ist die Reposition überhaupt nicht gelungen und ist man zur Resektion übergegangen.

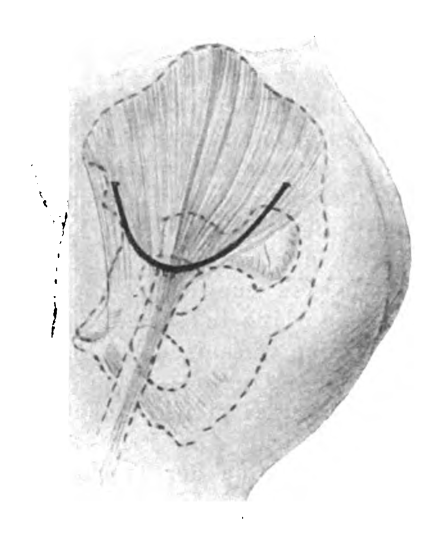
c. Den Ollier'schen nach unten konvexen Querschnitt mit Abmeißelung der Trochanterspitze hat v. Mikulicz in seinen Fällen angewandt. Man hat diesem Verfahren von verschiedenen Seiten — unter anderem auch Gayet, ein Schüler Ollier's —, den Vorwurf gemacht, daß es namentlich zwei nicht unerhebliche Nachteile hat: 1) Es gebe zwar einen vorzüglichen Zutritt zum Femurkopf, aber einen bei weitem schlechteren zur Pfanne, da der Trochanter für gewöhnlich weit nach oben verschoben ist und infolgedessen der Schnitt zu hoch fällt. 2) bedinge das Abmeißeln des Trochanters mit den entsprechenden Muskelansätzen eine erhebliche Gefahr für die spätere Funktionstüchtigkeit, da bei der großen Muskelverkürzung, die bei den veralteten Hüftgelenksluxationen für gewöhnlich statthat, ein Annähen des Trochanters an seinen früheren Platz unmöglich sein dürfte. Daß dieses in den v. Mikulicz'schen Fällen möglich gewesen, erweckt Erstaunen und wird nur dadurch zu erklären versucht, daß in den betreffenden Fällen die Verkürzung eine geringgradige gewesen sei; im ersten Falle 4 cm, im zweiten $3^1/_2$ cm, im dritten $2^1/_2$ cm.

Ich[3] gebrauche den nach unten konvexen Querschnitt in etwas modifizierter Form (lege ihn tiefer und durchtrenne grundsätzlich den Femurschaft oberhalb des Trochanter minor, statt den Trochanter

[2] E. Payr, Über blutige Repositionen von pathologischen und veralteten traumatischen Luxationen des Hüftgelenkes bei Erwachsenen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXVII Hft. 1 u. 2 und Deutscher Chirurgenkongreß 1901.

[3] L. Rydygier, Nowy sposób wypiłowania stawu biodrowego. Gaz. lekarská 1884. Nr. 20.

major durchzumeißeln) seit 1884 — also seit 20 Jahren — bei allen meinen Hüftgelenksresektionen gerade deswegen, weil er einen überaus freien Zutritt zu der Pfanne gestattet und in der Nachbehandlungsperiode einen freien Abfluß der Sekrete sichert. Nun liegen die Verhältnisse bei der blutigen Reposition veralteter Hüftgelenksluxationen freilich etwas anders, als bei der Resektion, auch wenn eine entzündliche Luxation dabei vorhanden ist. Namentlich wenn man den Grundsatz annimmt, den verrenkten Kopf ohne allzu große Kraftanwendung, ohne allzu starke Zerrung und Quetschung in die verlassene Pfanne zurückzubringen, so reicht der Ollier'sche Querschnitt über den Trochanter dazu für gewöhnlich nicht aus, wie ich das in meinen ersten Fällen selbst erfahren habe.



Deshalb bin ich in meinen letzten Fällen zum Lappenschnitt übergegangen, den ich folgendermaßen ausführe (s. Fig.): Der mittlere Teil, die abgerundete Spitze des Lappens, fällt ca. 6—7 cm unter die Trochanterspitze — also etwa 2 cm tiefer wie der Ollier'sche Schnitt. Der hintere Schenkel dieses Lappenschnittes steigt allmählich nach oben gegen die Spina ossis ilei post. sup. hinauf so zwar, daß er den Fasern des M. glutaeus max. parallel verläuft und etwa je nach Bedarf 12—18 cm lang wird. Der vordere Schenkel verläuft steiler nach oben zwischen dem M. tensor fasciae latae und glutaeus medius gegen die Spina ossis ilei ant. sup. und kann für gewöhnlich etwas kürzer ausfallen. Die Lappenspitze ist deshalb so tief gelegt, damit man den Trochanter major möglichst schräg abmeißeln kann, so daß die durchmeißelten Knochenoberflächen 6 cm und mehr betragen können. Auf diese Weise lassen sich nach der Reposition auch bei starker Verkürzung der Muskeln in jedem Falle die schräg durchtrennten Knochenoberflächen, wenn auch nur teilweise, in Kontakt bringen und ist so das knöcherne Anwachsen des abgetrennten Trochanters und somit auch die spätere Funktionstüchtigkeit der sich an denselben inserierenden Muskeln sichergestellt.

Ich möchte diesen Lappenschnitt bei der Reposition veralteter Hüftgelenksluxationen angelegentlichst empfehlen, da ich mich in meinen letzten Fällen überzeugt habe, daß mit Hilfe desselben nicht nur das ganze Operationsfeld, namentlich auch die Pfanne, vollständig freigelegt werden kann, sondern auch die Reposition möglichst erleichtert wird, so daß sie ohne allzu große Zerrung und Quetschung der Gewebe ausgeführt werden kann.

Ich werde meine Fälle an anderer Stelle in extenso beschreiben und noch auf andere interessante Einzelheiten in dieser Frage näher eingehen.

II.

Zur Technik der Anwendung venöser Hyperämie[1].

Von

Prof. Dr. **Henle** in Breslau.

Die venöse Hyperämie wird trotz der wiederholten Empfehlungen, die ihr durch Bier und seine Schüler und durch eine Reihe anderer Chirurgen zu Teil geworden sind, auch heute nur von einer verhältnismäßig kleinen Anzahl von Ärzten als Heilmittel so hoch eingeschätzt, wie sie es verdient. Viele haben sie nach mehr oder weniger zahlreichen Mißerfolgen wieder bei Seite gelegt, andere haben sie gar nicht versucht.

Aber diejenigen, welche sich von der vielseitigen Wirksamkeit der Stauung überzeugt haben, dehnen ihre Anwendung immer mehr aus. Wer einmal bei einer gonorrhoischen Arthritis die eklatante schmerzstillende Wirkung der Gummibinde beobachtet hat, der wird sie bei den verschiedensten schmerzhaften Affektionen, entzündlicher und traumatischer Art anlegen. Bei Frakturen und Distorsionen habe ich die ersten 2 Tage abgewartet, um nicht durch die Hyperämie die Extravasatbildung zu sehr zu vermehren, dann habe ich mit der Stauung begonnen und damit des öftern die Narkotika voll ersetzen können.

Neben der schmerzstillenden unterscheidet Bier, auf dessen umfassende Arbeiten über dieses Thema ich verweise[2], eine bakterientötende oder abschwächende, eine resorbierende, eine auflösende und eine ernährende Wirkung der Hyperämie.

Daß wir in der Stauung ein wesentliches Hilfsmittel im Kampfe gegen die Tuberkulose der Extremitäten besitzen, konnte ich aus eigener Beobachtung am Material der Breslauer chirurgischen Klinik bestätigen[3]. Daß sie sich ebenso bei anderen chronischen und akuten Gelenkaffektionen bewährt, ist durch weitgehende Erfahrungen bewiesen. Auch bei Phlegmonen, bei Erysipel hat Bier die Gummibinde, freilich bis jetzt in einer geringen Zahl von Fällen angewandt; auch hier scheint sie gutes zu leisten.

Ebensowenig wie Bier selbst glaube ich, daß durch die Stauung alle übrigen therapeutischen Maßnahmen, so bei den Gelenktuberkulosen Jodoforminjektionen und gelegentliche operative Eingriffe, bei akuten Prozessen Inzisionen überflüssig gemacht werden. Es handelt sich um eine Unterstützung der anderen Faktoren, aber

---

[1] Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur am 11. Dezember 1903.

[2] Cf. Bier, Hyperämie als Heilmittel. Leipzig 1903.

[3] Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XX. p. 404.

um eine sehr wirksame. Einen besonderen Vorzug gewährt die in der Stauung gegebene Kombination von Heilwirkung und Herabsetzung der Schmerzen dadurch, daß sie eine relativ frühzeitige Wiederaufnahme der Funktion erkrankter Organe gestattet. Infolgedessen sind gerade die funktionellen Resultate der genannten Methode ganz besonders gute, und Gelenkversteifungen lassen sich in der Regel vermeiden.

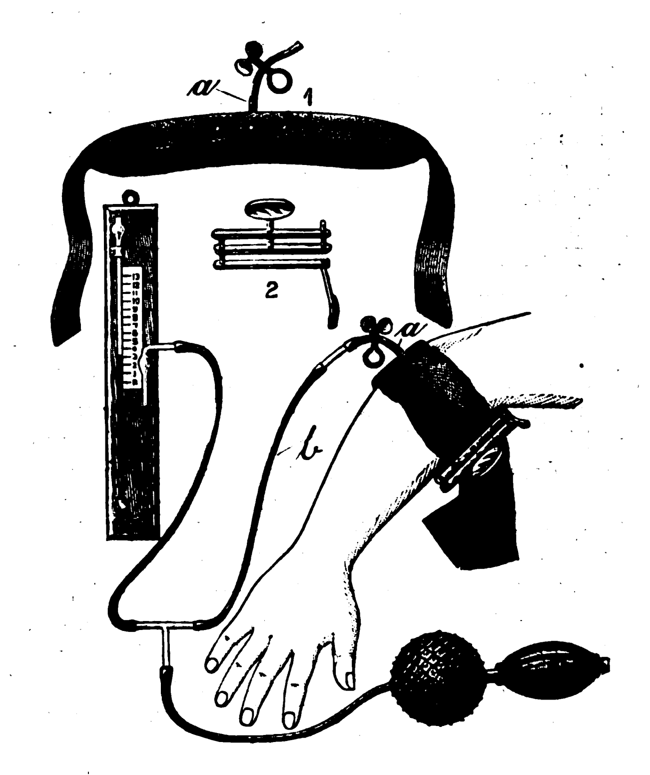
Während man im Anfange die besten Erfolge zu erzielen glaubte, wenn man die Stauungsbinde möglichst kontinuierlich liegen ließ, hat Bier sich später überzeugt, daß eine unterbrochene Stauung bei der Mehrzahl der Erkrankungen noch bessere Resultate gibt. Bei der Tuberkulose geht Bier jetzt so vor, daß er nur eine Stunde täglich staut. In der langen Pause findet das eingetretene Ödem Gelegenheit zum Rückgang. Bei anderen Entzündungen und da, wo die Stauung im wesentlichen Schmerzen beseitigen soll, wird man die Binde länger liegen lassen und nur kurze Pausen machen. (Näheres darüber bei Bier, l. c.)

Wie erklärt es sich nun, daß die glänzenden Eigenschaften der Stauung nicht allgemein anerkannt werden? Bier nimmt an, daß die vielen Mißerfolge, wie sie durch eine mangelhafte Technik herbeigeführt werden, abschreckend gewirkt haben. Diese Annahme hat um so mehr für sich, als die Technik der Stauung keineswegs eine ganz einfache oder gar selbstverständliche ist.

Die Stauung wird bekanntlich durch eine unvollkommene Esmarch'sche Konstriktion erzeugt in der Art, daß nur der venöse Abfluß beschränkt, der arterielle Zufluß aber möglichst wenig beeinträchtigt wird. Durch verschieden festes Anziehen der Gummibinde läßt sich die Art der Stauung modifizieren. Erstrebenswert ist die sogenannte heiße Stauung, bei der die vermehrte Menge zirkulierenden Blutes ein objektives und subjektives Hitzegefühl in dem gestauten Körperteile hervorruft. Ein festeres Anlegen der Binde führt durch Beeinträchtigung der Zirkulation zur kalten Stauung, einer durch Schmerzen und Parästhesien für den Pat. quälenden und therapeutisch unwirksamen Form. Es ist nun in der Tat nicht leicht, den Zug der Gummibinde immer so zu gestalten, daß eine heiße Stauung resultiert, und das ist zweifelsohne der Grund dafür, daß die Methode in der Hand des einen vortreffliches, in der Hand des anderen gar nichts leistet. Es ist daher eine Technik erwünscht, die es ermöglicht, den Druck der Konstriktion in jedem Falle genau zu dosieren.

Ich glaube, daß mir dieses letztere gelungen ist, indem ich, wie in dem Riva-Rocci'schen Sphygmomanometer, einen Hohlschlauch (1 cf. nebenstehende Fig.) anstatt der Gummibinde zur Konstriktion verwende. Dieser Schlauch wird um die Extremität lose herum gelegt, mit einer Klammer (2) zusammengehalten und dann unter Kontrolle eines Quecksilbermanometers durch ein seitlich an ihm angebrachtes Gummirohr mittels eines gewöhnlichen Doppelgebläses mit

Luft gefüllt. Sobald das Manometer den gewünschten Druck anzeigt, wird der Ansatzschlauch der Konstriktionsbinde durch einen Quetschhahn o. dgl. verschlossen und dann die Verbindung zwischen diesem Ansatz und dem zum Gebläse und Manometer führenden Schlauch (*b*) unterbrochen, so daß nun der Pat. unabhängig ist von dem luftzuführenden Apparate. Den Schlauch *b* nimmt man praktischerweise ziemlich lang ($1^1/_2$—2 m), damit Manometer und Gebläse möglichst an Ort und Stelle bleiben können, während die Pat. an sie zum Ingangsetzen der Stauung herantreten. Andererseits ist der ganze Apparat so leicht transportabel, daß er bei bettlägerigen



Kranken zu diesen gebracht werden kann, wobei nur darauf zu achten ist, daß kein Quecksilber aus dem Manometer verschüttet wird[4].

Auf diese Weise kann ich den Druck auf Millimeter genau dosieren und immer wieder den Druck anwenden, den ich einmal als den richtigen erkannt habe. Den sehr hinfälligen Riva-Rocci-schen Seidenschlauch habe ich durch einen Gummischlauch ersetzt,

---

[4] Die Benutzung eines weit handlicheren Federmanometers dürfte meist an dem Preise eines solchen scheitern. Nach meinen Erkundigungen beträgt dieser mehr als 30 *M*, während ein Quecksilbermanometer für höchstens 4 *M* zu haben ist und sich durch Improvisation noch erheblich billiger herstellen läßt.

an dessen einer Fläche ein etwas breiterer Streifen derben Stoffes befestigt ist. Letzterer kommt bei dem Anlegen nach außen und bewirkt, daß die Aufblähung nur nach der Extremität zu vor sich geht. Er schützt den Schlauch besonders auch an der Stelle, wo die festhaltende Klammer angelegt wird[5].

Die Höhe des notwendigen Druckes wird man in jedem einzelnen Falle zunächst empirisch feststellen müssen. Er wird bis zu einem gewissen Grade von dem Gesamtblutdruck des Individuums, sowie von dem speziell an der zu konstringierenden Stelle herrschenden Druck, endlich auch von der Dicke und Elastizität der dort vorhandenen Weichteile abhängen. Man geht so vor, daß man mit 30 bis 40 mm Quecksilber anfängt; tritt nach einigen Minuten das Anschwellen der Venen und die gewünschte Verfärbung nicht ein, so steigert man den Druck um 5—10 mm, wartet wieder, um, wenn nötig, weiter in die Höhe zu gehen, bis man das Optimum gefunden hat. Ist dieses überschritten, d. h. treten die Veränderungen ein, welche für die kalte Stauung charakteristisch sind, dann kann man durch Herauslassen von Luft den Druck in einfachster Weise abschwächen. Nach meinen Erfahrungen liegt das Optimum in der Regel zwischen 60 und 100 mm Quecksilber.

Hat man das Optimum für den einzelnen Fall einmal ausprobiert, dann kann man meist, wenn man von neuem staut, von vornherein auf diesen Druck einstellen; denn die geringfügigen Blutdruckschwankungen, denen das einzelne Individuum unterworfen ist, brauchen wohl kaum berücksichtigt zu werden. Hier und da allerdings, so besonders bei akuten Prozessen, werden wir schon durch die Schwankungen des Pulses auf Schwankungen des Blutdruckes schließen können und demnach jedes einzelne Mal die Stauung in der besprochenen einschleichenden Weise ausführen.

Gerade daß sich Korrekturen in dem Grade der Stauung bei dem beschriebenen Verfahren so leicht ausführen lassen, ist einer seiner Vorzüge gegenüber der Stauung mit der Binde, welch letztere immer wieder z. T. abgewickelt und unter veränderter Spannung von neuem angelegt werden muß, eine Prozedur, bei der wir bezüglich der Abmessung des Plus oder Minus an Spannung wieder einzig auf unser Gefühl angewiesen sind, die andererseits bei schmerzhaften Affektionen kaum ohne Qualen für den Pat. ablaufen wird. Bei derartigen Erkrankungen kann man den leeren Schlauch auch in den Stauungspausen, selbst unter einem fixierenden Verbande liegen lassen und braucht ihn dann zum Ingangsetzen der Stauung nur wieder neu zu füllen, was ohne jede Berührung des Kranken vor sich geht, wenn man dafür sorgt, daß der luftzuführende Ansatzschlauch immer gut zugänglich bleibt. Freilich wird man von dieser Möglichkeit nur in Ausnahmefällen Gebrauch machen; für gewöhnlich gilt die Vorschrift, den Platz für die Umschnürung oft zu wechseln,

---

[5] Die beschriebenen Apparate sind bei Georg Härtel, Breslau I, Albrechtstraße 42, zu haben.

damit durch den Druck nicht lokale Störungen, Dekubitus, Atrophie der Muskeln eintreten. Auch das gesamte Herumlegen des Schlauches läßt sich schonender ausführen als das Anwickeln der Binde.

Vielleicht läßt sich der demonstrierte Apparat auch zum Hervorbringen der Esmarch'schen Blutleere benutzen. Auch hier ist die Vermeidung eines die Nerven und etwa erkrankte Gefäße schädigenden Zuviel, ebenso wie die eines die Blutung nicht nur nicht sistierenden, sondern sie verstärkenden Zuwenig dringend erwünscht. Auch hier ist man in der Lage, Korrekturen bei liegender Binde eintreten zu lassen. Hier kommt noch als besonderer Vorteil in Betracht die Möglichkeit, die Konstriktion ohne Berührung des meist unter Kompressen verborgenen und oft nicht ohne Gefährdung der Asepsis zugänglich zu machenden Gummischlauches nach Unterbindung der größeren Gefäße schon während der Operation aufzuheben, um diesen dann erst nach Schluß der Wunde zu entfernen. Jedenfalls ist der Hohlschlauch auch dann sehr brauchbar, wenn man das Zustandekommen einer heißen Stauung dadurch begünstigen will, daß man zunächst für einige Minuten eine vollkommene Abschnürung bewirkt und während der nach Aufhebung dieser entstehenden aktiven Hyperämie die Stauung in Szene setzt.

Die vorgestellte Methode stellt sich allerdings als etwas kompliziert dar gegenüber der gewöhnlichen Art, die Hyperämie zu erzeugen, aber nicht als zu kompliziert, wenn man die durch sie erreichte Sicherheit in Rechnung zieht. Die für sie benötigten Apparate, der Hohlschlauch, das Manometer, das Doppelgebläse sind ohne erhebliche Kosten zu beschaffen.

---

1) **A. Martin.** Diagnostik der Bauchgeschwülste.

(Deutsche Chirurgie Lfg. 45a. Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1903.)

Das auf den Umfang von ca. 220 Seiten beschränkte Werk darf als ein zuverlässiger Wegweiser bei der Beurteilung der zu Geschwulstbildung im Leibe führenden krankhaften Prozesse besonders willkommen geheißen werden. In seinem allgemeinen Teile werden die Methoden der Untersuchung — Inspektion, Skiagraphie, Palpation usw., die Punktion als unmittelbarer Vorläufer der Operation und die nur bei dringlichen Indikationen auszuführende Probelaparotomie — kurz besprochen. Der spezielle Teil behandelt zunächst die Geschwulstbildungen der Bauchdecken (einschließlich Hernien und Entzündungen), sodann die des Magens — mit Schilderung der Untersuchungsmethoden —, des Darmes (Ileus, »Perityphlitis« usw.), des Gekröses und Netzes, der Leber und Gallenblase, des Pankreas, der Milz, Nieren und Harnblase (Untersuchungsmethoden des Harns; Gefrierpunktsbestimmungen usw.), des Bauchfelles (einschließlich subphrenischer Abszeß) und schließlich der weiblichen Geschlechtsteile (mit Vorbemerkungen über Diagnose der Schwangerschaftsveränderungen der Gebärmutter). Hier und da sind Krankengeschichten aus den Greifswalder Kliniken und Abbildungen in den

Text aufgenommen. — Aus der kurzen Inhaltsangabe ist ersichtlich, daß sich das Werk nicht auf die Schilderung der Neubildungen der Bauchorgane beschränkt, sondern alles in diagnostischer Hinsicht Wichtige über Veränderungen der Form, Lage und Konsistenz derselben umfaßt. Wenn M. als Gynäkologen auch nicht überall eigene Erfahrungen und Beobachtungen zur Verfügung standen, so ist er doch, durch Studien der einschlägigen Literatur, die in einem kurzen Verzeichnis zusammengestellt ist, und durch seine Greifswalder klinischen Kollegen unterstützt, der ihm gestellten Aufgabe in bester Weise gerecht geworden. Das Werk füllt eine Lücke in der chirurgischen Literatur aus.

Kramer (Glogau).

2) **F. A. Higgins.** A new method of closing the abdomen after laparotomy.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital. Boston 1903.)

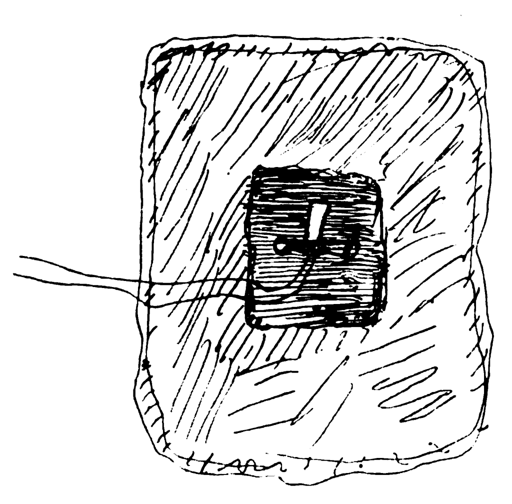
H. empfiehlt, zum Schluß von Laparotomiewunden außer den Etagennähten noch drei oder mehr Silkwormnähte durch alle Schichten zu führen, die dann über einem gazegepolsterten Blech- oder Zelluloidstreifen geknüpft werden. Er will damit tote Räume vermeiden und die Stichkanalentzündung ausschalten, die sonst ja bei straffgezogenen Entspannungsnähten häufig eintritt.

Lengemann (Bremen).

3) **Fisher.** The gauze-bearing tape and the gravity pad in pelvic and abdominal surgery; improvements in technique.

(Annals of surgery 1903. Dezember.)

Nach F. genügen die heute gebrauchten Schwämme oder Gazebäusche zum Abdrängen der Eingeweide vom Operationsfeld bei Trendelenburg'scher Hochlagerung nicht; außerdem aber liegt die Gefahr, und zwar auch bei den mit Bändern versehenen Gazebäuschen, nach ihm vor, daß einer dieser zum Abtamponieren benutzten Teile in der Bauchhöhle zurückgelassen wird. Um die Eingeweide besser zurückhalten zu können, ließ F. im Zentrum eines Gazepolsters eine Bleiplatte anbringen; auch mehrere aneinander genähte Polster mit je einer Bleiplatte lassen sich mit Erfolg verwenden. Durch den Druck des Bleies werden bei Trendelenburgscher Lagerung mit derartigen Polstern die Eingeweide absolut sicher



zurückgehalten. Werden nun trotzdem noch einige Kissen gebraucht, so soll an dem freien Ende des heraushängenden Bandes eine lange stumpfe Nadel oder Haarnadel befestigt werden. Hierdurch ist es nach Verf. unmöglich, daß auch das Führungsband sich mit in der Bauchhöhle verliert und dadurch ein Polster in derselben zurückgelassen wird.

Herhold (Altona).

---

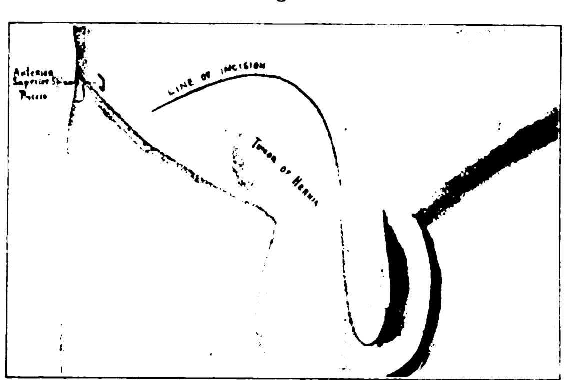
4) **A. H. Ferguson** (Chicago). A typical operation for the radical cure of oblique inguinal hernia and atypical ones.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1899. Juli 1.)

Anfang Dezember 1903 ging der Redaktion dieses Blattes ein Separatabdruck vorstehender Arbeit mit folgendem Schreiben von Prof. A. J. Ochsner-Chicago zu: »In Nr. 41 Zentralbl. f. Chirurgie berichtet Herr Dr. Hofmann über eine neue Leistenbruchoperation. Diese Operation entspricht fast genau einer Operation, welche Herr Prof. Fergusson vor etwa 5 Jahren hier einführte und welche viele der hiesigen Chirurgen in einer großen Anzahl von Fällen mit bestem Erfolg ausgeführt haben.«

F. versteht in seiner Abhandlung unter typischer Radikaloperation der Hernia inguinal. obl. diejenige, welche die normalen ana-

Fig. 1.



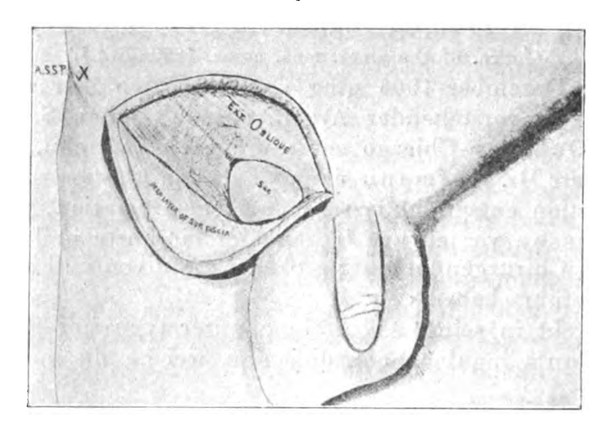
tomischen Verhältnisse des Leistenkanales wieder herstellt. Dazu gehört nach F. nicht nur die völlige Exstirpation des Bruchsackes, die Erhaltung des Samenstranges in seiner Lage, die Verkleinerung des Haut- und Bauchringes des Leistenkanales auf die ursprüngliche Größe, sondern vor allem, daß der M. obliquus internus und transversus Ansatz am Ligamentum Pouparti in normaler Ausdehnung erlangen.

Anatomische Untersuchungen an der Leiche, die Prof. Turck-Chicago auf F.'s Anregung anstellte (Journ. of the amer. med. assoc. 1899 April 15), lehrten nämlich, daß in der Norm die genannten Muskeln an mehr als den äußeren Zweidritteln des Leistenbandes entspringen und da, wo sie medialwärts das Band verlassen, mit ihm

einen spitzen Winkel einschließen (»Fergussonwinkel«). Der Annulus abdominalis erhält dadurch eine wesentliche, muskulöse Schutzwand.

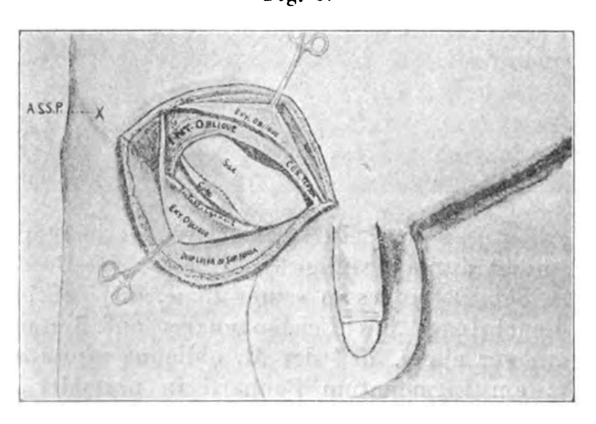
F. fand bei Hernien stets einen mehr oder minder großen Defekt des medialen Ursprunges der Mm. obl. int. und transv. vom Lig. Pouparti, ja in einem Falle konnte er feststellen, daß die unteren Ränder der Muskeln überhaupt nicht mehr mit ihm in Verbindung

Fig. 2.



traten, sondern durch Fett und den Bruchsack von ihm getrennt waren. Durchschnittlich war der Ansatz auf weniger als die äußere Hälfte des Bandes reduziert, der »Fergusonwinkel« stark vergrößert. F. sah diese Verhältnisse als Ursache, nicht als Folge der Brüche

Fig. 3.

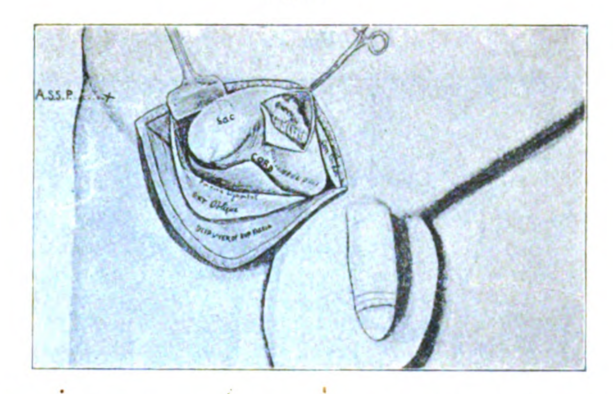


an. Turck bestätigte dies auf Grund des anatomischen Präparates eines ausgetragenen männlichen Fötus, bei dem links Obliq. int. und transvers. nur am äußeren Drittel des Leistenbandes inserierten, von dem ihr freier Rand unter einem Winkel von 90° abging und einen nach unten konkaven Bogen bildete, auch wenn der Bruch nicht

austrat. Geschah dies, so nahm der Winkel noch zu. Turck nahm deshalb einen angeborenen Muskeldefekt an, der die Entstehung einer Hernie durch den ungeschützten inneren Ring sehr begünstige.

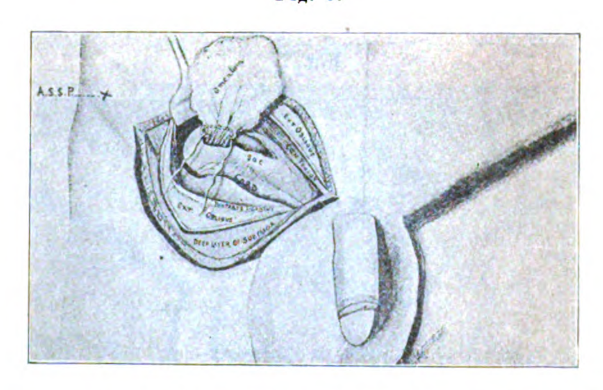
Von diesen Gesichtspunkten ausgehend schlug F. folgenden Weg als typische Radikaloperation vor (vgl. die verkleinert wiedergegebenen Abbildungen!):

Fig. 4.



1) Halbmondförmiger, nach oben konvexer Hautschnitt, $1^1/_2$ Zoll unter- und einwärts der Spina ilei ant. sup. beginnend und nahe der Spmphyse endigend, bis auf die Aponeurose des Obliq. ext.; Zurückschlagen des Hautlappens mit Fett und Fascia superfic. nach unten (Fig. 1 u. 2).

Fig. 5.



2) Spalten des Obliq. ext. dem Verlauf des Leistenkanales entsprechend, außer- und oberhalb des Annul. abdomin. beginnend, und Zurückpräparieren der Schnittränder (Fig. 3).

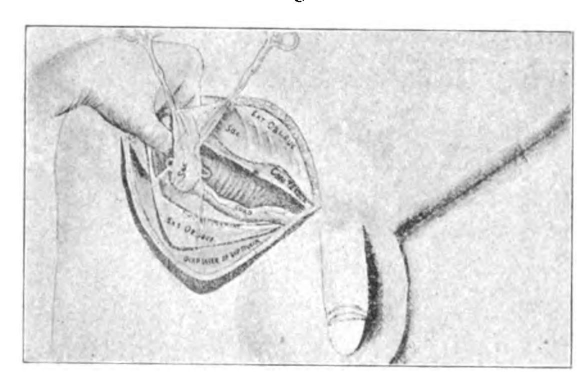
3) Isolieren des Bruchsackes von dem in seinem Bett verbleibenden Samenstrang bis zum inneren Ring; Eröffnung, Versorgung und Reposition des Inhaltes, Abbinden des Sackes hoch oben über dem eingeführten Finger, Abschneiden und Versenken des Stumpfes. Am

Samenstrang sind höchstens zu stark entwickelte Venen, Cremasterfasern, Fett- und Bindegewebsmassen zu entfernen (Fig. 4—6).

4) Der innere Ring wird durch eine fortlaufende oder unterbrochene Naht der Fascia transversalis so verkleinert, daß er für den Samenstrang paßt (Fig. 7).

Fortlaufende Naht zwischen freiem Rand der Mm. obliq. int. und transvers. einerseits und Innenfläche des Lig. Pouparti andererseits

Fig. 6.

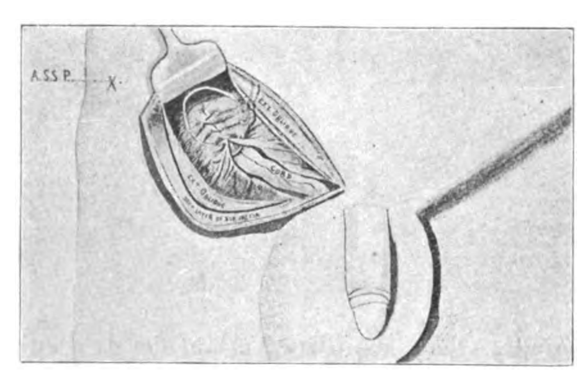


nach Anfrischung beider, so daß die Muskeln nach der Naht völlig mit den äußeren zwei Dritteln des Bandes verbunden sind (Fig. 8).

Naht der Schnittränder der Aponeurose des M. obliq. ext., Herstellung des Annulus cutan. (Fig. 9).

Hautnaht event. besondere Naht der Fascia superficialis (Fig. 10).

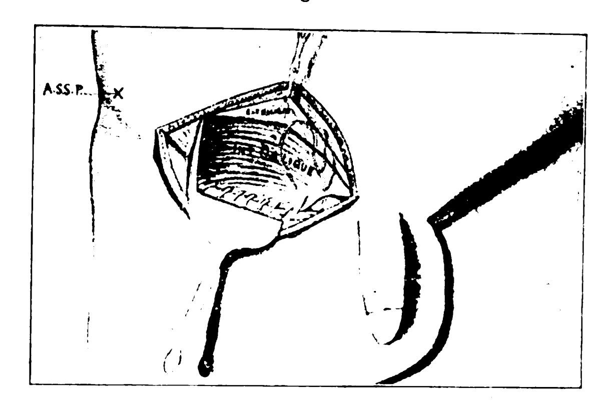
Fig. 7.



F. hebt als weitere Vorzüge seiner Methode hervor, daß die entstehenden Nahtlinien jedesmal von normalem Gewebe der darüber bezw. darunter befindlichen Schicht gedeckt werden und nicht übereinander in einer Ebene liegen. Eine etwaige Hautinfektion kann sich deshalb weniger leicht auf die tieferen Schichten ausbreiten,

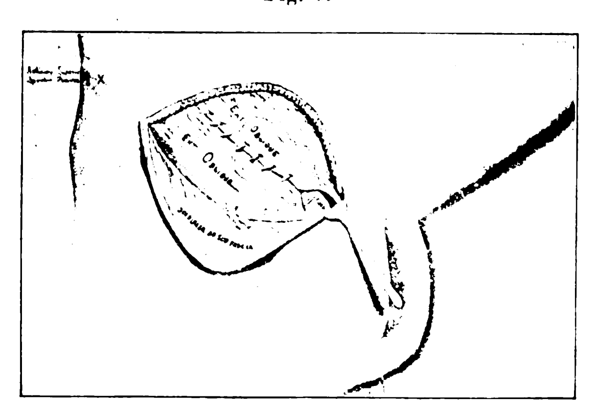
die wechselnde Lage der Nahtlinien garantiert eine festere Narbe. Der Hautschnitt gibt eine gute Übersicht und gestattet bei einem etwaigen Rezidiv das Tragen eines Bruchbandes, ohne daß die Narbe gedrückt wird. Unter 64 Fällen (die ältesten waren allerdings erst 18 Monate nach der Operation) sah er keine Rückfälle.

Fig. 8.



F. mißt also, wie Hofmann, den größten Wert der Wiederherstellung normaler Verhältnisse bei und verwirft ebenfalls eine Verlagerung des Samenstranges. Während jedoch Hofmann's Methode das Hauptgewicht auf einen Schluß des Bruchsackes wirklich im Bereich des parietalen Peritoneums und die Herstellung einer Stütze

Fig. 9.

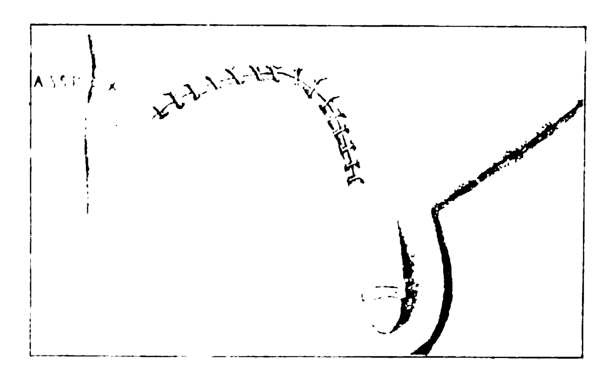


für denselben am inneren Leistenring durch eine (oder mehrere) Obliq. int., Fascia transvers. und evertiertes Leistenband fassende Drahtnähte legt, verkleinert F. den Annul. abdom. durch seine Fasc. transv.-Naht und schützt ihn durch ausgiebiges Aneinandernähen von Obliq. int., transversus und Lig. Pouparti. Auf den Unterschied in

der Schnittführung und einige technische Einzelheiten von nicht wesentlicher Bedeutung genügt es hinzuweisen.

Das Verfahren F.'s zur Herstellung der vorderen Wand ist analog der hinteren Wandbildung von **Bassini**, selbstverständlich ist die

Fig. 10.



Durchtrittsstelle für den Samenstrang eine andere. Auffallenderweise ist an keiner Stelle von F.'s Arbeit ein Hinweis auf **Bassini's** 1890 publizierte Methode — auch nicht bei der Erörterung über die Verlagerung des Samenstranges — zu finden.

Gutzeit (Neidenburg).

---

5) **Föderl.** Eine neue Methode der Gastrostomie (Gastrostomatoplastik).

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 13. November 1903.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 47.)

Nach der medianen Laparotomie wird ein mit der Basis gegen die A. coronaria inf. gerichteter, 3 cm langer und fast ebenso breiter Lappen mit dem Messer vorgezeichnet. Diese Partie wird mit Peritoneum parietale durch eine fortlaufende Naht umsäumt. Der Lappen wird nun aus der ganzen Dicke der Magenwand geschnitten und heruntergeschlagen, der Defekt des Magens linear durch eine fortlaufende Mukosa- und Muskularisnaht gedeckt, von welchen jede auf die entsprechenden Schichten des herabgeschlagenen Lappens übergreift und diesen zum Kanal abschließt. Da die Schleimhaut am Lappen vorquillt, müssen die Ränder abgetragen werden, damit über der zum Rohr vernähten Schleimhaut der Muskelmantel geschlossen werden kann. Über der Naht des Magenwanddefektes vereinigt man das Bauchfell, die Fascia transversa und die Musculi recti, auf welche der Magenschlauch nach aufwärts gelagert wird. Über diesen wird die Hautwunde bis auf die Implantationsstelle des mukös-muskulösen Rohres geschlossen. Die an einem Pat. demonstrierte Methode ist nur in Betracht zu ziehen, wenn es sich um eine definitive Fistel handeln soll. Die Fistel funktioniert ausgezeichnet, es fließt kein



Tropfen Mageninhalt ab. v. Eiselsberg sieht bei aller Anerkennung der schönen Idee F.'s keinen Grund, von der trefflich bewährten Witzel'schen Methode abzugehen. **Hübener** (Dresden).

---

7) **O. Föderl.** Über den Circulus vitiosus nach Gastroenterostomie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 41.)

Ausgehend von der Idee, daß, wie bei Darmwandbrüchen, die Spornbildung durch eine bei der Herstellung der Anastomose herbeigeführte Inkongruenz der Länge der konvexen und mesenterialen Seite des Dünndarmes eingeleitet wurde, spürte F. bei den Gastroenterostomien auf seinen Operationskursen den technischen Fehlern nach, die bei den Fällen, in denen eine Spornbildung auftrat, gemacht waren. Es gelang nun aber nicht immer, selbst bei bewußter Anwendung aller Fehler, welche zu einer Inkongruenz der konkaven und mesenterialen Dünndarmseite führen, einen zur Kanalisationsstörung führenden Sporn zu erzeugen. Es müssen also noch andere Faktoren (Mesenterialverhältnisse und Peristaltik) mitwirken.

Die mesenteriale Seite des apponierten Dünndarmes kann sich nur dann falten, wenn es die Länge des Mesenteriums erlaubt, so daß durch die Peristaltik die Falte spornartig gegen die Lichtung der Gastroenterostomie vorgetrieben werden kann.

Die Anordnung der Dünndarmschlingen nun ist nicht so regellos, wie man früher glaubte; es besteht ein Zusammenhang der Dünndarmlagerung mit der Form und Lage des Gekröses.

F. verweist diesbezüglich auf die Arbeit von Sernoff und Stopnitzki, welche fünf Schlingengruppen unterscheiden: eine obere links gelegene mit horizontalem, eine mittlere mit unregelmäßigem, zwei seitliche mit vertikalem und eine Beckengruppe mit horizontalem Schlingenverlauf. Die konstante Lage ergibt sich aus den Gekröseverhältnissen. Es faltet sich das vom Darme befreite Mesenterium, wie immer man es aufstellen mag, immer nach demselben Typus. Es hat einen der Wurzel näherliegenden, sich flächenhaft ausbreiteten Teil, der mit einem Segment verglichen werden kann, und einen an den Darm grenzenden Teil in der Gestalt einer zerknüllten Halskrause, deren verschieden hohe Falten in den einzelnen Teilen eine verschiedene Anordnung haben. Nach dem Verlauf der Fasern richtet sich die Lagerung des Darmes. Im Anfangsteil, welcher dem oberen Jejunum entspricht, verlaufen die Faltenränder mehr horizontal und sind durch kurze Bogenstücke miteinander verbunden. Dies sieht man ganz besonders deutlich, wenn man den Darm füllt. Markiert man sich den Scheitel der einzelnen Umbiegungen, so findet man, daß der Darm nach verschiedenen Versuchen der Lageveränderung fast an derselben Stelle wieder zur Schleife umbiegt, entsprechend der größten »Zügigkeit« des Mesenteriums.

Apponiert man nun ein horizontal verlaufendes Darmstück am Magen, so liegt es in größerer Ausdehnung demselben an. Lagert man aber eine Schleife nach oben, um an dem Bogenteile die Fistel anzulegen, so ziehen die nun einander berührenden und parallel gelagerten Schenkel fast senkrecht nach abwärts, und die mesenteriale Seite faltet sich zum Sporn.

Dieser Sporn aber wird vermieden, und die Schleife entfaltet sich, wenn man gegenüber dem Scheitel des Bogenstückes das Mesenterium verkürzt.

F. hat nun am Lebenden in 3 Fällen von Gastroenterostomia retrocolica, bei welchen sich nach Vollendung der Operation ein scharf ausgeprägter Sporn zeigte, die Verkürzung des Dünndarmgekröses an der der Anastomose gegenüberliegenden Seite mit gutem Erfolge vorgenommen. Es werden hierzu drei in radiärer Richtung verlaufende Nähte dicht am Ansatz des Darmes je nach Bedarf weit nach der Gekröswurzel hin verlaufend etwa zwei oder dreimal durch das Mesenterium hindurchgeführt und geknüpft, so daß eine Verkürzung desselben in Form eines leicht bogenförmig verlaufenden dem Darm an der konkaven Seite nahe anliegenden Querwulstes entsteht. Selbstverständlich ist dabei eine Umstechung und Umschnürung von Gefäßen zu vermeiden. Einige klare Abbilungen, deren die Arbeit überhaupt mehrere enthält, veranschaulichen das Verfahren besser als jede Schilderung.

Den Beweis, durch den einfachen Eingriff ein Passagehindernis verhindert zu haben, kann F. nach Lage der Dinge nicht erbringen. Wenn er aber am Kadaver bei einer Gastroenteroanastomose, bei welcher infolge der Spornbildung unter Füllung des Magens keine Flüssigkeit durch den abführenden Schenkel strömte, in der hier angegebenen Weise die Nähte anlegte, so sah man, nachdem dieselben angezogen und geknotet waren, sofort Flüssigkeit aus dem früher impermeablen abführenden Schenkel abfließen.

Eine genaue Schilderung der an der weiland v. Gussenbauerschen Klinik üblichen Technik der Gastroenterostomia retrocolica bildet den Abschluß der interessanten Arbeit. **Hübener** (Dresden).

---

7) **C. L. Gibson.** The surgical treatment of colitis.

(New York med. record 1903. September 12.)

Die chirurgische Behandlung der Kolitis bestand in den Fällen, wo die innere Medikation versagte, bisher höchstens in der Anlegung eines Kunstafters mit allen ihren Nachteilen und gefährlichen Nachoperation. G. empfiehlt eine künstliche Klappenfistel: Die Technik lehnt sich an die Kader'sche Gastrostomie an, möglichst kleiner Schnitt über den Blinddarm, Einfaltung eines Katheters mit Doppelnaht in die Darmwand. Irrigationen können sofort beginnen, der Verschluß ist absolut dicht. Nach 10 Tagen wird das Bett verlassen. Die Nachbehandlung besteht in 2—4maliger täglicher Einführung

und Spülung des Darmes. Die Fistel schließt sich, wenn wenige Tage nicht katheterisiert wird.

Es mag erwähnt werden, daß Weir den in die Wunden eingenähten Wurmfortsatz als Spülkanal benutzte (cf. dies. Zentralblatt 1903 Nr. 1 p. 28), G. zieht aber das angegebene Verfahren vor.

Loewenhardt (Breslau).

---

8) **A. W. Nikoljski** (Moskau). Über tuberkulöse Darmstenose.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 362. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1903.)

In der Abhandlung hat N., einschließlich eines von ihm selbst beobachteten, 150 Fälle aus der Literatur verwertet, in denen entweder durch die Autopsie (30) oder durch die Operation (120) das Bestehen einer tuberkulösen Darmstenose sichergestellt worden war. N.'s Schlußfolgerungen sind kurz zusammengefaßt folgende: Die tuberkulöse Darmstenose ist zum mindesten in der Hälfte der Fälle eine sekundäre Erkrankung. Am häufigsten beobachtet man sie, etwas häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht, im Alter von 20—40 Jahren; vor dem 10. Lebensjahr und nach dem 60. ist sie äußerst selten. Meist findet sie sich im unteren Teile des Dünndarmes, danach im Blinddarm und in der Ileocoecalgegend, dem aufsteigenden Dickdarm, selten in anderen Darmabschnitten, u. zw. fast ebenso oft mehrfach (bis 15) als vereinzelt, von verschiedenem Grade, am häufigsten in der hypertrophischen, etwas weniger oft in der narbigen und sehr selten in der primär fibrösen Form. — Jahrelang bestehende Darmstenosen sind in den weitaus meisten Fällen tuberkulöser Natur. Das Vorhandensein tuberkulöser Herde im Organismus oder unzweifelhafter tuberkulöser hereditärer Belastung spricht zugunsten des tuberkulösen Ursprunges einer Darmstenose; auch die Fälle solcher, wo die Ätiologie nicht klar ist, sind in der großen Mehrzahl tuberkulöser Natur. — Was die Resultate chirurgischer Behandlung anlangt, so ergab die Resektion 30%, die Enteroanastomose 17% Sterblichkeit, also bisher — infolge der zu späten Ausführung der Operation bei bereits sehr heruntergekommenen Kranken und weit vorgeschrittenem Prozeß — noch nicht glänzende Resultate.

Kramer (Glogau).

---

9) **Senn.** The surgical treatment of traumatic hemorrhage of the spleen.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. November 21.)

Die bisherigen Behandlungsarten der Milzverletzungen sind unbefriedigend. S. hat das Verfahren, durch starkes Zusammenpressen der Wundränder die Blutung zu stillen, auf die Milz übertragen und bei einer Reihe von Hunden erprobt. Am Menschen hat er es noch nicht angewandt. — An die Wundränder werden große, breitfassende Klemmen angelegt. Der Druck braucht gar nicht sehr hochgradig

zu sein. Durch ihn wird die Pulpa aus dem Maschenwerk gequetscht, welches dadurch in schmale, fibröse Streifen verwandelt wird, aus welchen höchstens noch Sickerblutung stattfindet. Die beiden, den vorherigen Wundrändern entsprechenden Streifen werden durch einige Catgutnähte vereinigt. Die Heilung war bei allen Versuchstieren glatt. Netzverwachsungen fanden sich regelmäßig. Die Blutung wurde in allen Fällen dauernd gestillt, einerlei ob die Schnittwunden in der Längs- oder Querrichtung angelegt waren. Der gute Erfolg kommt dadurch zustande, daß mit dem Augenblick des Anlegens der Klemme die Blutung aus den Gefäßen sofort steht und sehr schnell Thrombusbildung in ihnen eintritt.

Trapp (Bückeburg).

---

10) **M. Auvray.** Abcès tuberculeuse intrahépatique et périhépatite tuberculeuse.

(Revue de chirurgie Bd. XXIII. Nr. 9.)

Die frühere Annahme, daß tuberkulöse Abszesse der Leber auf das Kindesalter beschränkt seien, ist nicht völlig zutreffend — sie kommen auch im reiferen Alter — wenn auch recht selten — vor. Die tuberkulöse Leberkaverne ist an sich kein häufiges Vorkommnis und meist hämatogenen Ursprunges. Häufiger ist die Perihepatitis tuberculosa, welche sich durch Übergreifen des Prozesses von Nachbarorganen — bezw. der Leber selbst — her entwickelt.

Die Bildung größerer Lebertuberkel verläuft meist sehr latent und bietet für die Diagnose wenig Anhaltspunkte. Doch kann bereits im Anfang neben Appetitlosigkeit fast unstillbares Erbrechen bestehen. Diarrhöen, Nachtschweiße, Temperaturen, Abmagerungen können die Diagnose unterstützen.

Mit dem Hinzutreten der Perihepatitis beginnt als lokales Hauptsymptom der Schmerz, dem sich Geschwulst- und Exsudatbildung anschließen. Je nach dem subdiaphragmatischen oder subhepatischen Sitze derselben werden pleuritische oder peritonitische Erscheinungen im Vordergrunde stehen. Führen letztere zu Abszeßbildung unter der Leber, ist sie als fluktuierende Geschwulst zu tasten. Die diagnostische Punktion ist nur bei vorbereiteter Operation zu empfehlen.

Die Prognose wird im wesentlichen vom übrigen Zustande des Kranken und frühzeitiger Diagnosenstellung abhängen. Daß die Behandlung des tuberkulösen Leberabszesses nicht aussichtslos ist, beweist der Fall von Lannelongue, der auch als Vorbild für die Behandlungsweise dienen kann. Man hat nämlich bei Kavernenbildung unter dem Hypochondrium auf die mechanischen Verhältnisse Rücksicht zu nehmen durch entsprechende Resektion aus dem Rippenbogen, welche bei rein knorpeliger Konsistenz desselben leicht auszuführen ist.

Christel (Metz).

---

11) C. A. Herter. The etiology and chemical pathology of gall-stones.

(Med. news Vol. LXXXIII. Nr. 12 u. 13.)

Unter H.'s Leitung angestellte experimentelle Studien haben ergeben, daß durch Einspritzung starker Lösungen von Sublimat, Karbolsäure, Rizinus in die Gallenblase von Hunden Schleimhautentzündungen hervorgerufen werden konnten, die mit erheblicher Vermehrung des Cholestearingehaltes der Galle einhergingen. Die Entstehung des Bilirubinkalkes, des zweiten Hauptbestandteiles der Gallensteine, muß gleichfalls auf lokale Veränderungen der Gallen blasenschleimhaut zurückgeführt werden. In seinen weiteren Ausführungen, die eine kritische Würdigung der einschlägigen Literatur und der eigenen Untersuchungen enthalten, erscheint H. bezüglich der Ätiologie der Gallensteine als Änhänger der Theorie des durch Infektion hervorgerufenen lithogenen Katarrhs der Gallenblase, will aber den Einfluß konstitutioneller Störungen nicht außer Acht lassen und verweist in dieser Beziehung namentlich auf die häufige Kombination von Gallensteinen mit Arteriosklerose.

Kleinschmidt (Kassel).

---

12) Kehr. Zur Richtigstellung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 34.)

K. wendet sich in in diesem kleinen Aufsatz gegen einige Irrtümer der Fink'schen Arbeit (s. Nr. 27 der Wiener klin. Wochenschrift 1903, Referat d. Zentralblattes p. 406), besonders gegen Fink's Angabe, daß nach K. in 18% der Gallensteinoperationen nicht alle Steine entfernt werden konnten. Diese Zahl bezieht sich ausschließlich auf die Choledochotomie mit Naht; wenn auch Fink in 72% der Fälle durch eine Karlsbader Kur Latenz eintreten sah, so muß man sich doch vor Trugschlüssen hüten. »Bei dem geringen Prozentverhältnis (2% Mortalität und 2% zurückgelassene Steine) werden die Gallensteinkranken schon den Mut wieder gewinnen, den sie bei der Lektüre der Fink'schen Arbeit verlieren mußten und werden sich, wenn es nötig ist, schon dem gefürchteten Chirurgen anvertrauen.«

Hübener (Dresden).

---

13) Lenzmann. Zur Frage der Indikation und des Erfolges der Talma'schen Operation bei der atrophischen Lebercirrhose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 48.)

Nach Mitteilung eines diesbezüglichen Falles, in welchem die Operation mit sehr gutem Erfolg ausgeführt war, hält L. für die Talma'sche Operation geeignet: 1) Fälle, in welchen eine deutliche Schrumpfung der Leber noch nicht eingetreten ist, aber sich Zeichen der Pfortaderblutstauung schon durch Bildung von Ascites bemerkbar machen, 2) Fälle, in welchen die Leber zwar schon geschrumpft

ist und in welchen Ascites besteht, die aber die Annahme noch genügend erhaltenen funktionsfähigen Lebergewebes nicht ausschließen lassen (kein oder nur mäßiger Ikterus). Ungeeignet dagegen sind die Fälle mit schwerem Ikterus, Urobilinikterus, Schleimhautblutungen und Delirien. **Borchard** (Posen).

14) **Woolsey.** The diagnosis and treatment of acute pancreatitis.

(Annals of surgery 1903. November.)

W. versteht unter akuter Bauchspeicheldrüsenentzündung jene Fälle, in welchen die Krankheit plötzlich unter Leibschmerzen, Erbrechen, Aufstoßen, brettharter Spannung des Leibes beginnt. Die Temperatur ist gewöhnlich subnormal, die Kranken kollabieren schnell und sterben ohne chirurgischen Eingriff gewöhnlich am 5. Tage. Eine Verwechslung mit Ileus oder Perforationsperitonitis ist leicht möglich. Alkoholismus, Korpulenz, Gallensteinleiden, Arteriosklerose, Traumen des Unterleibes prädisponieren für diese Erkrankung. Die akute Bauchspeicheldrüsenentzündung ist als eine akute Infektionskrankheit zu bezeichnen, hervorgerufen durch eine Infektion des Pankreas. Der Kopf des letzteren ist vergrößert, Hämorrhagien in demselben nicht immer vorhanden. Fettnekrose besteht anfangs oft nicht, tritt aber später sicher ein. Schwieriger als die akuten Fälle sind die subakuten zu diagnostizieren. Glykosurie, welche sich in den ersten Tagen zeigt und später oft wieder verschwindet, Fett und unverdaute Muskelfibrillen im Stuhle weisen in subakuten Fällen auf das Leiden hin.

Die Behandlung der akuten Bauchspeicheldrüsenentzündung besteht in möglichst frühzeitiger Laparotomie, Entfernen der in der Bauchhöhle befindlichen septischen Flüssigkeit und Drainage. Rezidive können vorkommen, da ja eine Radikalkur nicht möglich ist, bleiben aber doch oft aus, wie Verf. an 3 von ihm operierten Fällen zeigen kann. Zwei derselben wurden in der angegebenen Weise am dritten Tage, einer 12 Stunden nach Einsetzen der Krankheit operiert. Alle wurden gesund. In einem Falle war Fettnekrose, in allen dreien Vergrößerung des Pankreas vorhanden. Die in der Bauchhöhle angetroffene Flüssigkeit enthielt in einem Falle Streptokokken, im zweiten Diplokokken; im dritten Falle war nicht untersucht.

Verf. betont am Schluß, daß, wenn diese Flüssigkeit nicht frühzeitig entfernt wird, eine allgemeine septische Bauchfellentzündung die Folge sein muß. **Herhold** (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

15) **A. Mathieu et J.-Ch. Roux.** Les lavements alimentaires.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 148.)

Wenn es auch feststeht, daß die Mastdarmschleimhaut große Resorptionsfähigkeit besitzt, so lehrt die klinische Erfahrung doch, daß der Mastdarm nicht in entsprechendem Maße zur künstlichen Ernährung sich eignet. Nur für eine Kategorie von Inanitionszuständen bleibt diese Ernährungsform von großem Wert. Überall nämlich, wo die Magenernährung unmöglich ist, insbesondere, wenn Pat. durch exzessives Erbrechen große Mengen Flüssigkeit verliert. In solchen Fällen gelingt es, durch Wasserzufuhr vom Mastdarm her (je 250 g mit »etwas Salz« 3—4mal täglich) das Flüssigkeitsbedürfnis des Organismus zu befriedigen und ihn derart zu kräftigen. Man kann dem Wasser etwas Pepton und Ei zusetzen, darf aber nicht vergessen, daß zu konzentrierte Lösungen leicht eine Proktitis hervorrufen und damit jede fernere Anwendung der Methode illusorisch machen können, da die entzündete Schleimhaut nicht mehr resorbiert.

V. E. Mertens (Breslau).

16) **J. H. Nicoll.** Vermiform appendix removed by operation from a case in which appendicitis occurred in the sac of a femoral hernia simulating strangulated hernia.

(Glasgow med. journ. 1903. p. 432.)

Bei einer Frau mit Schenkelhernie entstanden typische Einklemmungserscheinungen, nur fiel es auf, daß der Bruch weniger gespannt war, als es sonst bei Einklemmung der Fall zu sein pflegt. Auf ein Abführmittel erfolgte Stuhlgang und leichte Besserung. Bei der Operation fand sich Eiter im Bruchsack und der perforierte Wurmfortsatz. Abtragung von Bruchsack und Processus. Heilung.

M. v. Brunn (Tübingen).

17) **Haberer.** Zur Kasuistik der Folgezustände forcierter Taxisversuche bei inkarzerierten Hernien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 49.)

Mitteilung dreier besonders eklatanter Fälle, die in der v. Eiselsberg'schen Klinik zur Beobachtung und Operation kamen, darunter einer mit tödlichem Ausgange.. **Hübener** (Dresden).

18) **W. Friedrich.** Über die »Hernia epigastrica«.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 52.)

Verf., Chefarzt der Budapester Bezirkskrankenkasse, beobachtete an einem Krankenmateriale von ca. 15500 Pat. der internen Ambulanz dieser Kasse 54 derartige Fälle, deren wesentlichste Erscheinungen kurz wiedergegeben werden.

In allen operierten Fällen trat vollkommener Erfolg ein, doch hält F. die Operation bei solchen Hernien, die keine wesentlichen Beschwerden machen, nicht für notwendig. **Hübener** (Dresden).

19) **H. Lorenz.** Zur Chirurgie des kallösen penetrierenden Magengeschwüres.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 41.)

In den zwei ausführlich mitgeteilten, aus der Hochenegg'schen Abteilung stammenden Krankengeschichten bestanden kallöse penetrierende Magengeschwüre, und zwar »Magen-Lebergeschwüre« (Schwarz); sie betrafen beide sehr herabgekommene ältere Frauen. Gemeinsam ist ihnen, daß bei beiden das Geschwür

bei der Operation einriß, daß aber trotzdem nach Anlegung der Gastroentero-anastomose (retrocolica) vollständige Heilung (klinisch) ohne Resektion in verhältnismäßig kurzer Zeit erzielt wurde.

Bei dem ersten Falle wurde eine nicht nennenswerte Verkleinerung der Perforationsöffnung durch einige Nähte erzielt, bei dem zweiten aber mit Vorbedacht selbst auf diesen Versuch verzichtet und statt dessen durch den Einriß ein Drainrohr in den Magen eingelegt, durch welches die Ernährung der Pat. durchgeführt wurde. Ein Ausfließen von Mageninhalt trat im ersten Falle überhaupt niemals ein, beim zweiten wurde das Ausfließen nach Entfernung des Drainrohres nur in Spuren und nur für wenige Tage beobachtet. **Hübener** (Dresden).

20) **A. Hermann.** Zur chirurgischen Behandlung gutartiger Magenstenosen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 48.)

Unter ausführlicher Wiedergabe einer diesbezüglichen Kranken- und Operationsgeschichte aus dem Rudolfinerhause (Gersuny) kommt H. zu dem Schluß, daß bei gutartigen Magenstenosen die Gastroenterostomie als Normaloperation zu gelten habe, und daß die Gastroplastik nur auf wenige, streng ausgewählte Fälle zu beschränken sei. Die zirkuläre Resektion sei nicht prinzipiell zu verwerfen, habe indessen nur dort Platz zu greifen, wo die anderen Methoden überhaupt nicht ausführbar sind oder — wie im mitgeteilten Falle — die Zurücklassung der erkrankten Magenpartie nicht ratsam erscheint. **Hübener** (Dresden).

21) **Tasujtiro Sato** (Tokio). I. Ein Fall von Pylorusresektion mit gleichzeitiger Resektion des Colon transversum. II. Zur abdominalen Exstirpation der hochsitzenden Mastdarmkarzinome.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 47.)

Ad I. Es mußte das infolge Verletzung der Art. colica media von der Flexura hepatica bis zur Flexura lienalis tief cyanotisch gewordene Colon transversum in seiner ganzen Ausdehnung reseziert werden. Vereinigung durch Murphyknopf. Heilung.

Ad II. Die im obersten Abschnitte des Mastdarmes, knapp vor dem Übergang in die Flexura sigmoidea gelegene kindsfaustgroße Geschwulst (Adenokarzinom) wurde nach Lösung der Verwachsungen mit der hinteren Blasenwand und nach Durchtrennung, Einstülpung und Vernähung des zentralen Mastdarmabschnittes (so daß ein Blindsack entstand) vor die Bauchwunde gebracht und abgetragen. In der Medianlinie zwischen Symphyse und Nabel wird das Peritoneum parietale mit dem Peritoneum viscerale vernäht und ein Kunstafter angelegt, der nach eingetretener Heilung ausgezeichnet funktionierte. Die Fistel war völlig kontinent, es trat kein Schleimhautvorfall auf.

Hübener (Dresden).

22) **H. Salzer.** Ein Fall von vollständigem Darmverschluß nach Verletzung durch stumpfe Gewalt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 47.)

Der in vieler Hinsicht interessante Fall betraf einen 6jährigen Knaben, der bis zum Unfalle stets gesund gewesen war. Vor 8 Wochen bekam er beim Spielen mit einem leeren Wagen einen Stoß mit der Wagendeichsel in die obere Bauchgegend. Gleich danach starke Schmerzen, kein Erbrechen. Am nächsten Morgen wieder völliges Wohlbefinden. 4 Tage nach dem Trauma, angeblich nach Genuß von verdorbenem Obste, galliges Erbrechen; dabei heftige, nicht an eine Stelle lokalisierte Schmerzen im ganzen Bauche. Kein Fieber. Stuhlverhaltung; spontan ging kein Stuhl mehr ab; wiederholte Klysmata entleerten nur wenige Kotbröckel. Von nun an fast tägliches Erbrechen, und zwar meist kurze Zeit nach dem Essen. Dabei starkes Durstgefühl. Blut weder im Stuhle noch im Erbrochenen. Seit

6 Wochen hat das Erbrechen kotigen Charakter angenommen, anfangs geringer; jetzt soll öfters dünnflüssiger Stuhl erbrochen sein. Schmerzen dabei in mäßigen Grenzen.

Pat. ist im höchsten Grade abgemagert, Puls klein, Harnmenge gering, Bauch etwas aufgetrieben. Von Zeit zu Zeit sieht man von der Magengrube gegen die linke Leistengegend zu sich eine Darmschlinge mit lebhafter Peristaltik aufstellen.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle (Gussenbauer) zeigt sich, daß der Dünndarm bis ungefähr 80 cm von der Flexura duodeno-jejunalis entfernt mächtig gebläht und verdickt ist (Durchmesser 6 cm). Dieser Teil bildet eine Schlinge, deren einer Schenkel, unter dem Querkolon herkommend, in die linke Fossa iliaca hinabsteigt, dort umbiegt, und deren aufsteigender Schenkel bis ca. 3 cm über den Nabel reicht, wo er in den leeren, kontrahierten Darm übergeht. An diesem Übergang ist der Darm spitzwinklig (Winkel nach unten offen) geknickt. Es zieht von hier aus, mit dem Knickungswinkel verwachsen, ein Adhäsionsstrang in die rechte Fossa iliaca. Mesenterium an der betreffenden Stelle deutlich verdickt. Darmwand von normaler Konsistenz und Farbe. Durchtrennung des Verwachsungsstranges und in Anbetracht des elenden Kräftezustandes Enteroanastomose zwischen zu- und abführendem Schenkel. Heilung. Starke Gewichtszunahme.

Hübener (Dresden).

23) J. H. Nicoll. Meckel's diverticulum removed by operation from a case in which it had caused intestinal obstruction.

(Glasgow med. journ. 1903. p. 432.)

Bei einem 3jährigen Knaben wurde als Ursache eines Volvulus ein kleinfingerdickes Meckel'sches Divertikel gefunden, das mit seiner Spitze in der Nabelgegend verwachsen war. In einer ersten Sitzung wurde der Volvulus durch Lösung der Adhäsionen behoben, 2 Wochen später das Divertikel reseziert.

M. v. Brunn (Tübingen).

24) M. Hofmann. Ein seltener Fall von zweisitzigem Strangulationsileus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 41.)

Das gleichzeitige Zusammentreffen einer Strangulation des Dünndarmes innerhalb der Bauchhöhle mit der Einklemmung eines Bruches im Leistenkanal ist ein so seltenes Vorkommnis, daß jede Mitteilung eines derartigen Falles gerechtfertigt ist.

64jähriger Pat., stets gesund, besitzt seit 20 Jahren einen rechtsseitigen Leistenbruch. Wegen Einklemmungserscheinungen, die $1^1/_2$ Tage vor der Operation einsetzten, Aufnahme in der v. Hacker'schen Klinik. Repositionsversuche waren nicht angestellt worden.

Der eingeklemmte Dünndarm, der über 1 m mißt, zeigt in dem Endstücke seines abführenden Teiles insofern ein merkwürdiges Verhalten, als dieses eine Schleife von ca. 25 cm Länge bildet, deren beide Schenkel durch Verwachsung des Mesenteriums flintenlaufartig aneinander gelagert sind und so unmittelbar neben- und parallel zueinander verlaufen. Dadurch muß am Scheitel der Schleife eine starke Knickung des Darmes zustande kommen. Während von den beiden Schenkeln dieser Schleife der zuführende die Fortsetzung des eingeklemmten Dünndarmes bildet, setzt sich der abführende durch die Bruchpforte in die Bauchhöhle fort. An diesem letzteren ist der Einklemmungsring stark ausgeprägt. Von hier aus setzt sich die Inkarzerationsfurche auf das mächtig verdickte, ödematöse Mesenterium fort, um auf den in den Bruchsack eintretenden Dünndarm überzugehen. Wegen Brandverdacht wurde der größte Teil des inkarzeriert gewesenen Darmes (1,30 m) reseziert.

Während dieser Arbeit schlüpft plötzlich beim Pressen des Pat. eine tief blauschwarz verfärbte Schlinge aus der Bauchhöhle durch die erweiterte Bruch-

pforte vor dieselbe, die nach vorsichtigem Hervorziehen eine Länge von über 1 m hat. Verlängerung des Schnittes am lateralen Rektusrand. Es zeigt sich folgendes: Das Mesenterium der im Bruchsack eingeklemmt gewesenen Schlinge zieht als straff gespannter, ödematös verdickter Strang von seiner Wurzel gegen die Bruchpforte hin und gibt die Achse ab, um welche der durch die Bruchpforte zum größten Teil nach außen gezogene, blauschwarz verfärbte Dünndarm samt seinem Mesenterium eineinhalbmal herumgeschlagen ist. Resektion von weiteren 138 cm. Tod 21 Stunden p. op. an Kollaps. **Hübener** (Dresden).

25) **F. Hofmeister. Über den Prolapsus intestini invaginati. Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Darminvagination.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Zum Ausgangspunkt seiner Ausführungen nimmt der Verf. zwei im Laufe des letzten halben Jahres in der Tübinger Klinik zur Beobachtung gekommene Fälle von Prolapsus intestini invaginati.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 32jährigen Mann, bei welchem ein wurstförmiges Darmstück von 25 cm Länge vorgefallen war, an dessen Spitze die Mündung des Dünndarmes mit der Bauhin'schen Klappe erkennbar war. Durch Bauchschnitt wurde die Resektion des Invaginatum in der Weise ausgeführt, daß nach querer Trennung des möglichst stark vorgezogenen zuführenden Darmes und Nahtverschluß des proximalen Stumpfes das zum inneren Darmzylinder führende Mesenterium portionenweise abgebunden und durchtrennt wurde. Der innere Darmzylinder verschwand darauf in der Tiefe des Trichters. Nun folgte die Durchtrennung des zum mittleren Zylinder führenden Mesenteriums. Bei diesem Akte wurde die Pars descendens duodeni eröffnet, welche blindsackartig in den Invaginationstrichter hineingezogen war. Nach Anlegung einer Tabaksbeutelnaht durch alle Schichten am Eingang der Scheide wurde dann proximal von dieser die Darmwand zirkulär durchtrennt und der Stumpf nun blind geschlossen. Eine seitliche Anastomose stellt die Kommunikation der beiden Darmenden wieder her. Das durch den After entfernte resezierte Darmstück hatte eine Länge von 130 bis 140 cm. Pat. genas und wurde vollkommen arbeitsfähig.

Der zweite Fall betraf eine 42jährige Frau, bei welcher ein 8 cm langes, dunkelblau verfärbtes Darmstück, dessen Spitze von einem talergroßen, stark zerklüfteten Karzinom eingenommen wurde, durch den After vorgefallen war. Hier wurde die Entfernung von unten vorgenommen. Um besseren Zugang zu erhalten, wurde Damm und Septum rectovaginale gespalten. Im übrigen wurde die Operation nach den Vorschriften durchgeführt, welche v. Mikulicz für die Operation des Mastdarmprolapses gegeben hat. Nach anfangs gutem Heilverlauf starb Pat. plötzlich 4 Wochen nach der Operation an einer Lungenembolie.

Im Anschluß an den ersten Fall macht Verf. auf die praktisch wichtige und bisher einzig dastehende Beobachtung aufmerksam, daß das Duodenum bei Durchtrennung des in den Invaginationstrichter eingezogenen Mesenteriums einer Verletzung ausgesetzt sein kann. Des weiteren werden die Vorteile der angeführten Operationstechnik besprochen, nämlich die Sicherheit der Blutstillung und Naht, sowie die Einschränkung der Infektionsgefahr von der Darmlichtung aus. Für solche Fälle, bei denen Eile not tut, hat Verf. eine weitere Resektionsmethode vorgeschlagen, welche die zeitraubende Abbindung des Mesenteriums erspart. Das Wesentliche derselben besteht darin, daß nach Versenkung des inneren Darmzylinders in der beschriebenen Weise und Abschluß des Trichterrandes durch eine Serosatabaksbeutelnaht von einem seitlichen Schnitt aus Mesenterium und Darm unterbunden und durchtrennt und dann eine seitliche Anastomose angelegt wird. Schematische Abbildungen ergänzen die Beschreibung der Methode.

Blauel (Tübingen).



26) **J. Downes.** The electrothermic angiotribe in the removal of haemorrhoids.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Oktober 10.)

Von der Idee ausgehend, daß es bei der Entfernung der Hämorrhoiden am besten wäre, wenn dasjenige Instrument, das den Druck zu besorgen hat, mit dem Brennapparat kombiniert wäre, hat D. einen elektrischen Angiotriptor konstruiert, der diese Forderungen erfüllt. Er besteht aus einem zweiblättrigen Angiotriptor, in dessen einem Blatt ein Streifen Iridoplatin isoliert eingesetzt ist, und welches bei Durchführen eines Stromes rot- oder weißglühend wird. Die Blätter sind $2^1/_4$ Zoll lang, der Griff hat zwei Zähne zum Feststellen. Sehr praktisch ist auch ein Schutzinstrument, bestimmt, das erste Instrument, wenn es liegt, zu umfassen und die Haut zu schützen; es sieht ungefähr so aus, wie die altmodischen Lichtputzscheren, und hat an seiner Innenfläche eine Anzahl von kleinen Pflöcken, durch welche die Wärme auf die Metallhülle so langsam abgegeben wird, daß in zwei Minuten nur eine unbedeutende Erwärmung stattfindet. Bei der Benutzung wird die Angiotribe mit einem Akkumulator in Verbindung gebracht.

Verf. hat 25 Fälle mit diesem Instrument ohne Nachblutung operiert und behauptet, daß der Nachschmerz bedeutend geringer sei. **Scheuer** (Berlin).

27) **J. C. Dzirne.** Beurteilung einiger Methoden der Hämorrhoidenoperation auf Grund von 200 eigenen Fällen.

(Chirurgie 1904. Januar. [Russisch.])

D. führte in 42 Fällen die Unterbindung, in 48 die Kauterisation aus. Erstere Methode gab 14mal Rezidive, die zweite 9mal Stenose des Afters. Daher machte D. seine letzten 110 Operationen nach Whitehead und erzielte sehr gute Resultate. Er empfiehlt daher diese Methode als die beste.

Gückel (Kondal, Saratow).

28) **Le Fort** (Lille). Endothéliome de la rate; splenectomie.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 3.)

Pat. hatte vor langer Zeit intermittierendes Fieber. Wegen beträchtlicher Hypertrophie wurde die Milz exstirpiert und darauf die bezeichnete Geschwulst gefunden. Heilung. **V. E. Mertens** (Breslau).

29) **Levison.** Splenectomy for Banti's disease.

(Annals of surgery 1903. November.)

Verf. schildert in Anlehnung an verschiedene Autoren, namentlich an Senator und Osler, die klinischen Erscheinungen der Banti'schen Krankheit, welche nach ihm immer zum Tode führen muß, wenn nicht chirurgisch eingegriffen wird. Maragliano führte bei der genannten Krankheit 16mal die Splenektomie aus mit 3 Todesfällen, Harris operierte zwei Pat. mit Ausgang in Heilung, Verf. selbst den folgenden Fall ebenfalls mit gutem Erfolge.

Ein 27jähriger Mann machte eine schwere Appendicitis durch, war dann 2 Jahre gesund. Dann stellte sich im Jahre 1896 und 1897 je einmal, im Jahre 1901 zweimal blutiges Erbrechen ein. November 1901 war folgender klinischer Befund bei ihm nachzuweisen: Milzvergrößerung, Ascites, mangelhaft gefärbte Stühle, Hämoglobingehalt 30%, rote Blutkörperchen 2500000, weiße 5000, polynukleäre neutrophile 86,8%, kleine Lymphocyten 6,06, große Lymphocyten 6,3%, eosinophile Zellen 75%. Nach zweimaligem Ablassen des Ascites und unter roborierender Diät hob sich der Kräftezustand, so daß nach einigen Monaten die Exstirpation der vergrößerten Milz ausgeführt werden konnte. Erst hiernach hob sich der Allgemeinzustand zusehends, der Hämoglobingehalt stieg nach einigen Tagen auf 55%, die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen nahm zu, die eosinophilen Zellen verschwanden. Eine Thrombose der Vena anonyma und der Jugularis int. verschlechterte vorübergehend die Prognose; schließlich trat völlige Gesundung ein. Hämoglobingehalt des Blutes bei der Entlassung 96%.

Herhold (Altona).

30) **Rome.** Excision of tuberculous mass from liver.

(Annals of surgery 1904. Januar.)

Die betreffende Pat. erkrankte Mitte August 1902 an Schmerzen in der rechten Lendengegend, welche ihr das Atmen mit der rechten Brusthälfte erschwerten. Bei der November 1902 stattfindenden Aufnahme ins Hospital wird bei der Untersuchung des Leibes unterhalb des rechten Rippenbogens eine Geschwulst gefunden. 4. Dezember Laparotomie. Es fand sich folgendes: Dünndarm mit der Leber verwachsen; nach Loslösung desselben eine im rechten Leberlappen sitzende, gänseeigroße Geschwulst. Zu beiden Seiten der letzteren wurden nun zunächst Catgutfäden durch das Lebergewebe gelegt, aber nicht geknotet. Darauf erfolgte die keilförmige Exzision und sofortiges Zuziehen der Fäden. Die Blutung war minimal, die Geschwulst erwies sich als ein Tuberkel. Pat. verließ geheilt das Hospital. **Herhold** (Altona).

31) **K. Dahlgren.** Fall von kavernösem Angiom in der Leber, nebst einigen Worten über Leberresektion.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXV. 3. Folge. Bd. II. Abt. 1. Nr. 14. [Deutsch.])

Es handelt sich um eine 33jährige Frau, welche vor einigen Jahren eine verschiebbare Geschwulst im Bauche bemerkt hatte. Bei der Aufnahme konnte eine ziemlich glatte, feste, mehr als gänseeigroße, längliche und abgeplattete Geschwulst durch die vordere Bauchwand getastet werden. Die Beweglichkeit war besonders auffallend, der Zusammenhang mit der Leber sicher. Bei der Laparotomie zeigte sich, daß die blaurote Geschwulst mit dem unteren Rande des linken Leberlappens zusammenhing. Der Stiel, über 6 cm breit, bestand aus Lebergewebe und wurde in der Höhe des Leberrandes durch mehrere Massenligaturen aus grobem Catgut unterbunden. Nach Abtragung wurde das Lebergewebe distalwärts von den Ligaturen thermokauterisiert und Netz über den Stumpf genäht. Die Bauchwunde wurde geschlossen. Heilung per primam.

In der Epikrise stellt Verf. die bisher bekannten Fälle von Angiomen der Leber zusammen und bespricht dann die diagnostischen und technischen Schwierigkeiten, welche sich in der Leberchirurgie besonders geltend machen. Zur präventiven Sicherung vor Blutungen bei Leberveränderungen empfiehlt er sein Aortenkompressorium (siehe dieses Blatt 1903 Nr. 7). **Hansson** (Cimbrishamn).

32) **Morison.** A case of ascites due to liver cirrhosis treatened by operation.

(Annals of surgery 1903. September.)

Verf. führte in einem Falle von Lebercirrhose die Talma'sche Operation mit dem Erfolge aus, daß der große Ascites verschwand. Interessant war nun, daß sich auf der rechten Bauchhälfte eine beträchtliche Erweiterung der Venae superficiales entwickelte, gleichsam eine durch die Operation herbeigeführte ableitende und akzessorische Zirkulation. Auf der linken Seite wurde nach Verf.s Ansicht die Erweiterung der ableitenden epigastrischen Venen durch den permanenten Druck der Pelotte eines Leistenbruchbandes vereitelt. Zwei recht gute Photographien sind dem Aufsatze beigefügt. **Herhold** (Altona).

33) **J. Rosenstirn.** Surgical interference in hypertrophic biliary cirrhosis of the liver.

(New York med. record 1903. November 7.)

Bei der atrophischen Form der Lebercirrhose mit Ascites und gestörtem Pfortaderkreislauf ist die Erklärung für die günstige Wirkung der Talma'schen Operation in der Abführung des Blutes durch die neue kollaterale Anastomose gegeben. In den zwei ähnlichen, angeblich erfolgreichen Eingriffen R.'s bei der hypertrophischen Form (»Hanot's oder Todd'schen Krankheit«) wird es mangels solcher Zirkulationsstörungen schwer, eine Theorie für die operative Besserung

zu finden. Denn alle Blutgefäße bleiben sowieso bei dieser Krankheit vollständig durchgängig, wie sich durch Injektionen feststellen läßt. Der Prozeß der Bindegewebsneubildung und die Veränderung spielt sich um die Gallengänge ab.

R. hält die bessere Neutralisation von Lebertoxinen in dem neuen, durch die Operation gebildeten Kreislauf für möglich und bringt Versuche von Eck und M. Hahn für die toxische Wirkung des venösen Intestinalblutes vor.

Die Operation bestand darin, daß in zwei Fällen Netz, Leber und Gallenblase mit dem parietalen Bauchfelle der Wunde vernäht wurden. Die Untersuchung ergab einige Monate später sehr befriedigenden Befund.

Wir wollen hier nur die Publikation registrieren.

Loewenhardt (Breslau).

34) Garrè. Ein Fall von spontaner Ruptur der Gallenblase in die freie Bauchhöhle.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 1.)

Die 53jährige Pat. war unter dem Bild einer Appendicitis erkrankt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Schnitt am rechten Rektusrande fand sich gallige Flüssigkeit zwischen den freien Darmschlingen und nach Verlängerung des Schnittes Netz und Dickdarm an der Gallenblase und der umgebenden peritonealen Fläche verklebt. Es fand sich eine Fistel in der Gallenblase am Übergang auf die untere Leberfläche. Eröffnung der Gallenblase am Fundus, Annähen derselben in die Bauchhöhle (Cystostomie). Tampon durch die Fistel. Man fand weder Steine noch sonstige Veränderungen, die die Perforation erklärt hätten. Guter Verlauf. **Borchard** (Posen).

35) F. J. Smith and C. W. M. Moullin. A case of acute traumatic cholecystitis.

(Lancet 1904. Januar 23.)

Verff. berichten aus dem London Hospital über einen äußerst interessanten Fall. Es handelt sich um einen 59jährigen Pat., der Ende Dezember vergangenen Jahres durch Ausgleiten auf der Straße der Länge nach auf die rechte Seite fiel. Trotz einiger Schmerzen in der rechten Seite des Leibes vermochte er noch 5 Tage lang zu arbeiten. Am 7. Tage hatte er 2mal melänaartigen Stuhl und dann Erbrechen. Im Laufe der nun folgenden Tage trat eine allen Mitteln trotzende Stuhlverstopfung auf, die schließlich zu den bedrohlichsten Ileuserscheinungen führte und am 10. Tage nach dem Fall eine Laparotomie indiziert erscheinen ließ. Diese wurde in der Mittellinie ausgeführt und ergab absolut nichts. Eine Enterostomie im untersten Ileum förderte zwar etwas melänaartigen Stuhl zutage, doch der Tod trat 36 Stunden nach der Operation ein. Die Sektion ergab einzig und allein eine offenbar mit dem Trauma zusammenhängende akute, hämorrhagische, nekrotisierende Entzündung der Gallenblase, in deren Innern sich eine mäßige Menge veränderten Blutes fand. Von Steinen oder Geschwulstbildung war keine Spur vorhanden. In der Bauchwand über der Gallenblase fanden sich keine Kontusionserscheinungen. Verff. erklären die Verstopfung als wahrscheinliche Folge nervöser Einflüsse, hervorgerufen durch die in der Gallenblase bestehenden pathologischen Veränderungen. **H. Ebbinghaus** (Paris).

36) L. J. Hammond. Some of the more infrequent causes of the obstruction of the common bile duct.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Dezember 12.)

Verf. bringt eine anregende Betrachtung des anatomischen Verlaufes der Lymphgefäße in der Oberbauchgegend sowie die Anordnung der Lymphdrüsen, mit denen die Gegend um das Duodenum, abgesehen von der Ileocoecalgegend, weitaus am meisten in der Bauchhöhle bedacht ist. Infektionen dieser Lymphdrüsen erfolgen meist vom Magen-Darmkanal her; daß aber auch andere Wege möglich sind, dafür bringt Verf. einen sehr instruktiven Fall.

Es handelte sich um eine 32jährige Frau, die im Verlauf einer Pneumonie ein rechtsseitiges Empyem erworben hatte, welches chirurgisch behandelt wurde. 5 Wochen später traten Symptome einer Verstopfung der Gallenwege ein, anfänglich ohne, später mit häufigem Erbrechen, aber fast ohne Schmerzen; zunehmender Ikterus. Die Untersuchung ergab einen enorm vergrößerten rechten Leberlappen mit hydropischer Gallenblase; früher bestanden nie Symptome einer Leber-Gallengangerkrankung, das Allgemeinbefinden war sehr gut.

Die Operation zeigte das Vorhandensein einer stark erweiterten Gallenblase, deren Inzision klaren, sterilen Inhalt ergab. Ursache der Verstopfung war die beträchtliche Vergrößerung der Lymphdrüsenkette um den Ductus choledochus und Wirsungianus; dieselben wurden entfernt, die Gallenblase drainiert. Nach 6 Wochen war Pat. völlig geheilt.

In diesem Falle war die Verstopfung sicher auf eine Infektion der Lymphdrüsen auf retrogradem Wege von der infizierten Pleura aus erfolgt. In einem zweiten Falle blieb die Ätiologie völlig dunkel; es handelte sich bei ähnlicher Symptomatologie (abgesehen von dem Empyem) um weiche, dicke Verwachsungen in der Gegend des Pankreaskopfes und der Choledochusmündung, nach deren Lösung und Cholecystostomie Heilung eintrat. **Scheuer** (Berlin).

37) **F. Fink** (Karlsbad). Der komplizierte akute Choledochusverschluß.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 49.)

Mitteilung eines derartigen Falles, einen 35jährigen Pat. betreffend, bei welchem nach viertägigem typischem Verlaufe Symptome sich anschlossen, die man sowohl als Begleiterscheinungen eines akuten Choledochusverschlusses wie auch als Perforationserscheinungen seitens des Gallensystems deuten konnte. Wiewohl die Symptome für die Auffassung im letzteren Sinne überwogen, konnte sich Verf. von dem Grundsatze, bei akutem Choledochusverschluß nicht zu operieren, nicht lossagen, um so mehr, als der Kranke an einem Herzfehler litt. Der Pat. ist der Schwere seiner Erkrankung erlegen. Die Obduktion zeigte eine Perforation in der medialen Wand der Gallenblase, dabei einen kleinerbsengroßen Stein in der Plica Vateri, eine starke Ausdehnung des D. choledochus, D. cysticus sowie des D. hepaticus und seiner Verzweigungen.

F. folgert daraus die Notwendigkeit einer dauernden genauen Beobachtung und Verfolgung des Krankheitsverlaufes seitens des Chirurgen. Bei dem wechselnden Symptomenbilde bedarf es scharfer Beobachtung und großer Erfahrung, um zu entscheiden, in welchem Moment sich im normalen Verlaufe des akuten Choledochusverschlusses derartige Komplikationen zeigen, die eine Indikation für einen chirurgischen Eingriff abgeben. **Hübener** (Dresden).

38) **Fink** (Karlsbad). Zu Riedel's und Kehr's Ansichten über Pathologie und Therapie des Gallensteinleidens.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 27.)

F. faßt seine 10jährigen Erfahrungen über die Therapie der Cholelithiasis, die er an 403 Kranken in Karlsbad gesammelt hat, auf Grund der Beantwortung von Fragebogen, die in 375 Fällen teils von den Pat., teils von den behandelnden Ärzten einliefen, kurz dahin zusammen, »daß die präventive und den Ursachen Rechnung tragende balneologische Behandlung, nicht aber die präventive Operation für den Kranken das zweckmäßigste ist«.

Was das Material anbetrifft, so ergeben nach F.'s Aufzeichnungen vor der Kur das Symptom von Magenkrämpfen 380 Fälle = 94%, heftige, zahlreiche, wiederholte Anfälle 271 = 67,23%, einzelne 75 = 18,61%, wenige 24 = 5,95%; 5,71% waren gar nicht von Koliken heimgesucht gegen 94,29%. Ikterus wurde in 268 Fällen = 66,50% der Gesamtsumme konstatiert. Die Leber war normal in 11,16%, vergrößert in 88,52%, druckschmerzhaft in 16,62%; die Gallenblase normal in 28,03%, vergrößert und druckschmerzhaft in 23,86%, nur druckschmerzhaft in 48,13%.

Die Anfragen ergeben folgende Übersicht über den Enderfolg:

293 von 403 = 72,93% geben den Bericht des vollständigen Wohlseins und ihrer Arbeitsfähigkeit. Bei 20 Kranken = 4,97% traten nach der Kur noch an Zahl und Intensität gemilderte Anfälle auf, bei weiteren 20 bestanden die Anfälle mit gleicher Heftigkeit fort. Von der Zahl von 403 Pat. wurde an 38 Pat. =8,45% der Rat zur Operation erteilt, 38 wurden auch tatsächlich operiert.

»Wenn also 72% der Kranken in Karlsbad latent geworden sind, von welchen ein Teil gewiß geheilt ist, während bei den übrigen die Steine zur Ruhe gekommen und die schweren Erscheinungen zurückgegangen sind«, so glaubt F. im Gegensatz zu den Anschauungen Riedel's und Kehr's die präventive balneologische Behandlung in Karlsbad (nicht die Behandlung zu Hause mit Karlsbader Salz) dem Arzt in erster Reihe empfehlen zu sollen.

Von den Fällen, in denen F. die chirurgische Behandlung einschlug und die die allerschwersten Eingriffe enthalten, starben 2% infolge der Operation, 12,50% infolge von Komplikationen im Anschluß an die Operation.

Hübener (Dresden).

39) **A. Schott.** Über Dauerheilungen nach Gallensteinoperationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 2.)

180 an der Heidelberger Klinik in den Jahren 1889—1900 vorgenommene Gallensteinoperationen bilden das Material, welches der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt. 11mal wurde die Cystendyse, 2mal die Cystopexie, 148mal die Cystostomie, 25mal die Choledochotomie, 10mal Anastomosenbildung und 4mal Laparotomie wegen Verwachsungen ausgeführt. Verf. bespricht zunächst die Rezidive und teilt dieselben in Stein- und Schmerzrezidive ein. Unter 180 genügend lange beobachteten Fällen ließ sich mit einer Ausnahme kein echtes Steinrezidiv finden, dagegen war 21mal ein unechtes Rezidiv (durch bei der Operation zurückgelassene, lange latent gebliebene Steine) zu verzeichnen. Die Nachuntersuchungen über Schmerzrezidive ergaben, daß 18 Pat. von typischen Koliken mit Ikterus, 31 von Schmerzanfällen ohne Ikterus heimgesucht wurden. 18mal bestanden Schmerzen ohne besondere Charakteristika. Genaue Nachforschungen ergaben, daß nur bei 9 Pat. von 180 zurzeit Symptome bestanden, welche mit dem Gallensystem in Beziehung stehen können. In 95% der Fälle trat also vermutlich eine Dauerheilung der Cholelithiasis ein.

Unter den postoperativen Beschwerden spielen die Hauptrolle die Hernien in der Narbe. Sie wurden unter 191 Laparotomien 23mal festgestellt. Es ergab sich, daß Hernien nach Querschnitten und kombinierten Quer- und Längsschnitten viel häufiger auftraten, als nach Längsschnitten.

Ein Karzinom der Gallenblase nach der Operation wurde unter den Heidelberger Fällen nur 1mal beobachtet. Verf. sieht hierin einen weiteren Wahrscheinlichkeitsbeweis dafür, daß die Gallensteine das ätiologische Hauptmoment des Karzinoms der Gallenwege sind.

Den Schluß der Arbeit bildet eine Mortalitätsstatistik der Gallensteinoperationen an der Heidelberger Klinik. **Blauel** (Tübingen).

40) **Ehler.** Über einen Fall von Pancreatitis indurativa.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 51.)

Derselbe betraf eine 56jährige Pat. Die Diagnose schwankte zwischen Karzinom der Gallengänge und Obturation des Choledochus durch einen Stein (Ikterus, elastische, kuglige, gänseeigroße Geschwulst unterhalb des rechten Rippenbogens). Bei der Operation wird die Gallenblase stark vergrößert, aber frei von Konkrementen gefunden, ebenso die Gallengänge. In der Tiefe wird eine harte, höckrige Geschwulst getastet, die als Carcinoma pancreatis diagnostiziert wird. Beendigung der Operation durch einseitige Cholecystektomie. Pat. starb nach 4 Tagen. Obduktion zeigte, daß es sich um eine primäre indurative Pankreatitis mit einer fast faustgroßen Stauungscyste im Schwanzteile gehandelt hatte.

E. empfiehlt für analoge Fälle die von v. Mikulicz vorgeschlagene Cholecystenteroanastomose, welche durch Beseitigung der Gallenstauung und Entlastung des Choledochus und seiner Umgebung heilbringend werden kann.

Hübener (Dresden).

41) **V. B. Jackson.** Fat necrosis and report of a case.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Dezember 26.)

Verf. bringt einen interessanten Fall, der sowohl in der Diagnostik als auch im Verlaufe besondere Eigentümlichkeiten aufwies; es handelte sich um einen 56jährigen Mann, der früher ganz unbestimmte »Gallenanfälle« hatte. Nach einer körperlichen Anstrengung erkrankte er plötzlich mit Schüttelfrost, Erbrechen und heftigen Schmerzen im Epigastrium; es wurde eine ungewöhnliche Vorwölbung über dem Nabel konstatiert, die in 14 Tagen zu Kindskopfgröße anwuchs; dabei bestand leichter Ikterus; der Stuhl war acholisch. Es wurde eine Laparotomie gemacht; das Fettpolster war außergewöhnlich stark entwickelt und sehr gefäßreich, ebenso das Ligamentum gastrocolicum und Netz, deren Schwellung die Hauptmasse der gefühlten Geschwulst ausmachte; das Pankreas war wenig vergrößert und mit der Masse durch einen dicken Stiel verbunden. Die Entfernung der Geschwulst, über deren Natur man während der Operation nicht ins klare kam, erschien unmöglich; es wurde aber ein Stückchen stumpf entfernt, was eine starke Blutung verursachte. Tamponade. Die Untersuchung ergab Fettnekrose. Die Heilung erfolgte glatt, nur mußte die Drainage verbessert werden, da Retentionsfieber auftrat. Merkwürdigerweise ist nichts berichtet über ein Abstoßen von Nekrosen usw., obwohl bei der Entlassung des Pat. 3 Monate später die Geschwulst als völlig verschwunden angegeben wird, und Pat. bei sonst gutem Allgemeinbefinden 45 Pfund Körpergewicht verloren hatte. Ein Jahr nach der Operation fühlte sich Pat. »besser wie mehrere Jahre vor ihr«.

Scheuer (Berlin).

42) **H. Bezdék.** Zur Kasuistik der retrograden Inkarzeration nach Maydl.

(Časopis lékařů českých 1903. p. 1004.)

Bei einer 53jährigen Frau mit inkarzerierter Schenkelhernie führte ein Arzt am 3. Krankheitstage die Taxis aus; die Reposition gelang zwar, da sich aber die Beschwerden bedrohlich steigerten, schritt man am 4. Krankheitstage zur Laparotomie, durch welche ein Peritonealabszeß in der Ileocoecalgegend eröffnet wurde. In der Abszeßhöhle lag der Proc. vermiformis, der die Form eines Hufeisens hatte. Quer über beide Schenkel des letzteren lief eine Einklemmungsfurche; die dazwischen gelegene bogenförmige Partie war nekrotisch, während das zentrale und periphere Ende des Wurmfortsatzes nicht kollabiert war. Im Bruchsack ebenfalls Eiter. Offenbar war nur die mittlere Partie der Appendix inkarzeriert gewesen und wurde im nekrotischen Zustande reponiert, worauf sich der Abszeß entwickelte. Amputation des Wurmfortsatzes, Heilung. **G. Mühlstein** (Prag).

Berichtigung.

Um Mißverständnissen vorzubeugen und um weniger gute Präparate zu verhüten, erlaube ich mir aus Anlaß von Dr. Salkindsohn's Aufsatz: »Zur Frage der Catgutsterilisation« in Nr. 3 d. Bl. 1904 darauf aufmerksam zu machen, daß das von mir angegebene Jodcatgut nicht in einer Lösung von 1 Jod, 10 Jodkalium und 100 Wasser, sondern in 1 Jod, 1 Jodkalium und 100 Wasser präpariert wird.

Kopenhagen, März 1904. M. Claudius.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 14. **Sonnabend, den 9. April.** **1904.**

(Aus dem öffentlichen Kaiser Franz Josef-Hospital in Trebitsch.)

Ein neues Verfahren zur operativen Therapie der chronischen Nephritis.

Von

J. Bakeš, Primararzt.

Die im Med. record 1901 von Edebohls publizierte Nierendekapsulation wurde von seiten der europäischen Chirurgen mit Reserve aufgenommen, von einigen (Israel, Kümmell) versucht, jedoch als nahezu erfolglos bei uns ad acta gelegt. Damit wurde auch die Idee, chronische Nephritiden in den Bereich chirurgischen Schaffens zu ziehen, vorderhand zu Grabe getragen.

Nichtsdestoweniger wurde die Methode von Edebohls und seinen amerikanischen Fachgenossen weiter geübt, und die Berichte über erfolgreiche einschlägige Eingriffe, welche in der letzten Zeit bereits die stattliche Ziffer von 200 erreicht haben, tauchen immer wieder in den Fachschriften unserer transatlantischen Kollegen sporadisch auf. Durch diese Mitteilungen angeregt, habe auch ich im verflossenen Jahre einen Fall von chronischer Nephritis dem Edebohls'schen Verfahren unterzogen und, überrascht durch den unerwartet erzielten Heilerfolg, das Thema nicht mehr fallen gelassen.

Der operierte Fall, welcher quoad momentanen Erfolg einwandsfrei erscheint, verlief wie folgt:

Bei dem 25jährigen Bauer L. S. aus Ronchowan (Mähren) besteht angeblich seit vielen Jahren (10?) eine von praktischen Ärzten und in mehreren Krankenhäusern konstatierte und behandelte chronische Nephritis dunkler Ätiologie (Erkältung im 17. Lebensjahre? Alkohol?).

Bei einer am 21. April 1903 erfolgten Spitalsaufnahme bestanden außer typischem blaßen, gedunsenem Aussehen starke Ödeme der Beine, Ascites, Dyspnoe, große Mattigkeit. Im Harne starke Eiweißmengen (Essbach 7—8‰), im Sedimente zahlreiche Zylinder.

29. Mai. Bilaterale Dekortikation beider Nieren nach Edebohls (in einem Akte).

Der vorbereitete Pat. wird über ein zusammengerolltes Luftkissen in Bauchlage auf den Operationstisch gelegt; am lateralen Rande des Musc. sacrospinalis wird auf die Niere eingeschnitten, nach Spaltung der Fascie und der ödematösen Fettkapsel das Organ manuell ausgeschält. Beiderseits typische »große weiße Niere«. Das Volumen des Organs gestattet es nicht, die Luxation desselben vor die Rückenwunde auszuführen, deshalb bietet die Dekortikation erhebliche technische Schwierigkeiten, die schließlich überwunden werden. Der Eingriff gelingt beiderseits vollkommen. Verlauf reaktionslos. Pat. überstand die Operation gut, die nächsten 2 Wochen verliefen jedoch ohne den geringsten sichtbaren Erfolg. Von da ab zeigte der täglich 3mal aufgestellte Essbach durchschnittlich etwas verminderten Eiweißgehalt des Harnes (Schwankungen zwischen 3—5‰), die Ödeme verloren sich langsam (allerdings wurden auch gelinde Diuretika gereicht)

und das einzig erfreuliche war, daß Pat. subjektiv sich stärker und wohler fühlte. 30. Mai erfolgte seine Entlassung in sichtlich gebessertem Zustande.

Nach 2 Monaten neuerliche Vorstellung: Pat. fühlt sich wohl, nur bei Diätfehlern treten Ödeme an den Beinen auf, die aber sich rasch wieder verlieren. Im Harne sind noch erhebliche Eiweißmengen zu konstatieren (Essbach 4‰).

Nach 8 Monaten berichtet Pat. anher, daß sein Befinden nun ein andauernd vortreffliches ist, daß er in der letzten Zeit überhaupt nicht mehr angeschwollen war und unbehindert seiner Beschäftigung als Landwirt nachgehen kann. Er stellte auch sein persönliches Erscheinen in der Anstalt bald in Aussicht.

Bekanntlich kulminiert das Bestreben des Edebohls'schen Verfahrens in Schaffung neuer Zirkulationsverhältnisse für die erkrankte Niere nach einer in der Chirurgie schon eingebürgerten Idee, welche andernorts in der operativen Praxis erfolgreich geübt wird (Talma).

Die Reposition der denudierten Niere in ihre relativ gefäßarme Fettkapsel scheint mir daher der schwache Punkt der oben erwähnten Methode Edebohls' zu sein, zumal die sichere Bildung eines ausgiebigen Kollateralkreislaufes bei seinem Verfahren weder durch Autopsie noch experimentell sicher erwiesen wurde.

Deshalb beschloß ich das Organ nach ausgeführter Dekortikation mit den stark vaskularisierten Gebilden der Peritonealhöhle in enge Verbindung zu bringen, um dadurch die neue Vaskularisation seines Parenchyms energischer anzubahnen und gewissermaßen zu garantieren.

Durch eine Reihe von Leichenversuchen gelangte ich zu folgenden zwei Methoden:

I. Methode: Die Netzeinhüllung der dekortizierten Niere.

Die durch den schrägen Flankenschnitt Schede's freigelegte Niere wird nach Spaltung ihrer Fettkapsel nach Edebohls dekortiziert, sodann wird das Peritoneum parallel dem oberen Rande des Coecum und Colon ascendens gespalten, der untere Wundrand desselben entlang dem Nierenhylus mit feinsten das Nierenparenchym fassenden Nähten der ganzen Länge nach befestigt. Hierauf wird das Netz durch den Peritonealschlitz hervorgezogen und das ganze Organ in dasselbe eingehüllt. Die peripheren Partien des Netzes werden teils an die Niere selbst, teils an die benachbarten Gewebe befestigt und dadurch am Zurückschlüpfen gehindert. Die Naht des oberen Peritonealwundrandes an die Serosa des Omentums und eine Etagennaht der Wunde beschließen den Eingriff.

II. Methode: Die intraperitoneale Dislokation der dekortizierten Niere.

Das denudierte Organ wird durch einen entsprechend langen, parallel der Insertionsstelle des Colon ascendens medial angelegten Peritonealschlitz in die Bauchhöhle verlagert und zwischen den Mesenterialwurzeln des Dünn- und Dickdarmes, nach energischer Friktion der betreffenden Serosaflächen, befestigt. Schluß des Peritonealschlitzes um den Nierenhylus.

Auf der linken Seite bieten die Technicismen infolge des freien Mesosigmoideum ganz geringe Abweichungen.

Was die Wahl der zwei beschriebenen Methoden anlangt, so richtet sich dieselbe 1) nach der Größe der Niere und 2) hauptsächlich nach den vorgefundenen Netzverhältnissen. Bei einem geschrumpften atrophischen Omentum tritt die zweite Methode (intraperitoneale Dislokation) in ihre Rechte.

Am 22. Februar fand ich Gelegenheit, die erste von den eben beschriebenen Methoden zur Ausführung zu bringen und werde mir erlauben, über den Verlauf des Falles künftig ausführlich zu berichten.

Es erübrigt mir noch zu erwähnen, daß Pat. den Eingriff vorläufig gut vertragen hat, und daß die Technik der Operation trotz der Größe der Niere (abermals »große weiße Niere«) gar keinen Schwierigkeiten begegnete, und das dekortizierte Organ nahezu ganz in das vorgezogene Omentum eingehüllt werden konnte.

---

1) **Hildebrand.** Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie. VIII. Jahrg. Bericht über das Jahr 1902.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1903.

H.'s ausgezeichnetes Nachschlagewerk zeigt auch in dem vorliegenden 8. Bande die alten Vorzüge der guten Zusammenstellung und leichten Übersichtlichkeit über alle Einzelgebiete der chirurgischen Gesamtwissenschaft und Literatur. Bei der Überfülle des Materiales ist es wohl kein Wunder, wenn einzelne Arbeiten, die in dem betreffenden Jahre herausgekommen sind, nicht erwähnt werden. Um Aufsätze von großer Bedeutung handelte es sich nach unserer Durchsicht dabei nicht. Der stattliche Jahrgang beweist wiederum, daß die Arbeitsamkeit und Lust am Publizieren bei den Fachgenossen nicht im Abnehmen begriffen. Der Bearbeitung des immer noch wachsenden Materiales haben sich neben den früheren Mitarbeitern einige neue unterzogen. Außer geringen verbessernden Änderungen der Einteilung ist die Anordnung des Stoffes im ganzen die alte geblieben.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

2) **R. Rieder**-Pascha (Constantinopel). Für die Türkei.

(Selbsterlebtes und Gewolltes Bd. I.)

Jena, **Gustav Fischer,** 1903.

In dem ersten vorliegenden Bande schildert uns Verf. die Entstehung des durch ihn im Auftrage der türkischen Regierung zunächst ausgebauten, dann zum Teil neu errichteten, allen Anforderungen der Jetztzeit entsprechenden Krankenhauses Gülhane und der dazugehörigen Institute der Medizinschule. Die der türkischen Regierung unterbreiteten Vorschläge über Baulichkeiten, über Ausbildung ge-

schulten Krankenwärterpersonals für Friedens- und Kriegszeiten, sowie die Pläne für den Unterricht in der Medizinschule enthalten viel Interessantes. Alles zeugt von dem großen Fleiß und der emsigen Arbeitsamkeit, mit der Verf. nach reiflichster Erwägung seine der türkischen Regierung gemachten Vorschläge durch deren Unterstützung hat verwirklichen können.

Ein weiterer Abschnitt berichtet über die Tätigkeit in dem auf diesem Wege entstandenen Institut, über die verschiedenen dortigen Erkrankungen, resp. deren Behandlung (Operationen) und den Gang des Unterrichtes. Bezüglich der Erkrankungen sei hervorgehoben die Häufigkeit der Tuberkulose und Anämie, die zahllose Opfer fordern. Ruhr tritt zeitweise sehr verbreitet und bösartig in der Türkei auf. Malariaherde gibt es nur wenige. Die vorkommenden Erkrankungsfälle sind meistens auf Einschleppung zurückzuführen. Geradezu als Seuche herrscht die Syphilis und zeitigt häufig schwere Spätformen; dabei wird Tabes selten gefunden, überhaupt Folgeerscheinungen am Zentralnervensystem wenig beobachtet. Die mannigfachen interessanten Details lassen sich im Rahmen eines Referates nicht wiedergeben. Das Buch muß jedem zum Lesen empfohlen werden; besonders werden Kollegen, die sich mit Neueinrichtungen von Krankenhäusern, Verwaltung usw. beschäftigen müssen, manch praktischen Wink in dem Buche finden. **Grosse** (Kassel).

---

3) **Klopstock** und **Bockenheimer.** Beitrag zur Agglutination der Staphylokokken.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 2.)

Bei der Ubiquität der Staphylokokken war es von jeher interessant, zu versuchen, ob man die pathogenen eitererregenden von den unschädlichen zu unterscheiden vermöge. Die bisherigen Methoden der Färbung und des Tierversuches führten nicht zum Ziel. Auch die Gruppeneinteilung in farbstoffbildende und farblose Kulturen war für die Pathogenität irrelevant. Erst Neisser und Wechsberg gelang es, eine wichtige Unterscheidung zu finden. Sie wiesen nämlich nach, daß der typische Staphylokokkus pyogenes albus und aureus Hämolysin und Leukocidin bilden, während die saprophytischen Aureus- und Albusstämme diese Toxine nicht erzeugen. Als weiteres Unterscheidungsmerkmal wurde zuerst von Kolle und Otto das Agglutinierungsverfahren herangezogen. Mit hochwertigen agglutinierenden, mit menschenpathogenen Traubenkokken hergestellten Seren gewannen sie ein Erkennungsmittel der echten menschenpathogenen Traubenkokken. In einer späteren Arbeit stellten sie fest, daß unter den echten pathogenen Kokken schwer und leicht agglutinierbare Kulturen vorkommen, und daß die ersteren nur dadurch identifiziert werden können, daß sie ein stark agglutinierendes Serum für pathogene Kokken verschiedener Herkunft zu bilden vermögen.

Die beiden Verff. stellten nun selbst derartige ausgedehnte Versuchsreihen an. Sie züchteten Staphylokokken auf schwach alkalischem Agar, prüften ihre Zugehörigkeit zu den echten Staphylokokken nach den bisher üblichen Methoden und benutzten zu den Immunisierungsversuchen stets 24stündige Agarkulturen, die durch Erhitzen auf 70° abgetötet und Kaninchen — am besten in die Ohrvenen — injiziert wurden. Mit der Einspritzung einer Kultur wurde begonnen, und in gehörigen Zwischenräumen stieg man dann bis zu 3—4 Kulturen. Höher durfte man nicht gehen, da die Tiere sonst starben. Den Kaninchen wurde 10 Tage nach der letzten Injektion Blut entnommen und danach das Serum abgeschieden. Die Ausführung der Agglutination erfolgte nach der von Kolle und Otto angegebenen Methode. Stets wurden Kontrollversuche mit normalem Serum und mit 0,8%iger steriler Kochsalzlösung gemacht. Die Ergebnisse der interessanten Versuche gehen dahin, daß ein durch pathogene Kokken erzeugtes Serum nicht nur den homologen Stamm, sondern auch die meisten anderen Stämme agglutiniert. Pathogene Staphylokokken, die von einem spezifischen Serum nur wenig mehr als von normalem Serum derselben Tierart agglutiniert werden (schwer agglutinierende Stämme), sind imstande, ein Serum zu erzeugen, das sie selbst und andere pathogene Staphylokokken agglutiniert. Saprophytische Traubenkokken werden von einem Serum, das von pathogenen Kokken stammt, nicht agglutiniert. Ebenso können Sera von saprophytischen Arten nie pathogene Stämme in stärkerer Verdünnung, sondern auch nur saprophytische Kokken agglutinieren. Außerdem gibt es saprophytische Staphylokokken, mit denen sich überhaupt kein agglutinierendes Serum erzeugen läßt. Was die Hämolysinbildung betrifft, so konnten die Verff. ebenfalls feststellen, daß nur diejenige Stämme, welche sich durch die Agglutinationsprobe als pathogen erwiesen hatten, auch Hämolysine produzierten.

Zum Schluß wird auf die praktische Bedeutung der Versuche hingewiesen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

4) **J. Gaube** (du Gers). Cours de minéralogie biologique du pouvoir rotatoire des sérums et de ses relations avec leur minéralisation.

Paris, **Maloine,** 1902. 25 S.

In der vorliegenden Eröffnungsvorlesung berichtet G. eingehend über den Einfluß des Mineralgehaltes eiweißhaltiger Stoffe auf das Drehungsvermögen derselben. Er benutzte zum Studium unter anderem verschiedene Serumarten, bei welchen er sowohl eine rechts- wie linksdrehende Eigenschaft feststellte. Auf Näheres kann hier nicht eingegangen werden. **Neck** (Chemnitz).

---

5) **Lessing.** Knochensarkome im Röntgenbild.
(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 41.)

Verf. will durch die dem Artikel beigegeben Röntgenbilder die ein schaliges und ein nichtschaliges Sarkom des Femur wiedergeben, darauf hinweisen, daß uns das Röntgenverfahren vor einer Probeinzision einen wertvollen objektiven Aufschluß über die Art der Ausbreitung und des Wachstums der vorliegenden Geschwulst geben kann. Alleiniges oder ausschlaggebendstes Mittel soll es jedoch nicht sein, Anamnese und sonstiger objektiver Befund müssen ebenfalls auf Sarkom hinweisen. Von besonderem Wert ist das Röntgenbild bei der Nachuntersuchung auf lokales Rezidiv.

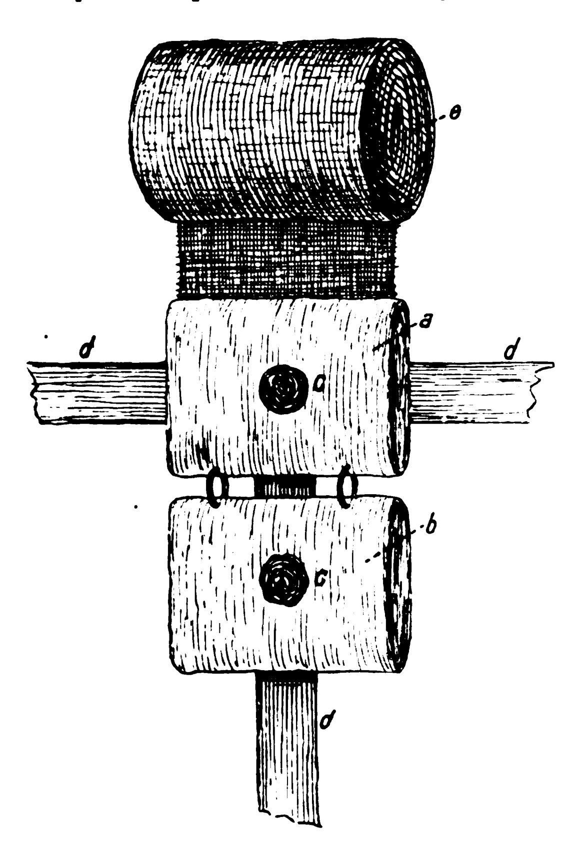
Langemak (Erfurt).

---

6) **Senn.** First dressing of the battlefield.
(Reprint of the association of military surgeons of the United States.)
Pennsylvania, Carlysle, 1903. 40 S.

Verf. bespricht in dem auf dem Kongreß zu Madrid in der militärärztlichen Sektion gehaltenen Vortrage zunächst die Charakteristik der durch das kleinkalibrige Geschoß gesetzten Wunden in Anlehnung an die bereits von v. Bergmann, Bruns und Küttner verfaßten Publikationen. Alles Heil für die Verwundeten sieht er in einem nach der Verwundung möglichst schnell angelegten Verbande. Im spanisch-kubanischen Kriege hatten die Verwundeten sich selbst in zahlreichen Fällen den ersten Verband angelegt oder er war ihnen durch ihre Kameraden angelegt worden. Das Resultat war ein ausgezeichnetes, indem diese Wunden fast sämtlich unter dem trockenen Blutschorfe heilten. S. verlangt daher im Gegensatz zu den bei uns bis jetzt noch üblichen Ansichten, daß jeder Soldat in die Lage gesetzt sei, sich selbst oder seinen Kameraden nach stattgefundener Verwundung zu verbinden, daß mithin auch die Krankenträger diesen Verband anlegen. Dazu ist erforderlich, daß alle Mannschaften und Offiziere über die Anlegung des ersten Verbandes schon zu Friedenszeiten instruiert werden, daß ferner das Verbandpäckchen einfach und antiseptisch wirkend konstruiert ist. Wenn die Wunde des kleinkalibrigen Geschosses auch praktisch als aseptisch gilt, so können nach S. doch von der Haut Keime nachträglich hineingelangen, wenn die bedeckende Verbandschicht nicht antiseptisch konstruiert ist. Eine Desinfektion der Wundumgebung hält er, wie auch wir in Deutschland, für unnötig, ja unter Umständen für schädlich, nur am Kopfe sollen die Haare in der Umgebung der — unberührt bleibenden — Wunde fortgeschnitten werden. Wieder im Gegensatz zu v. Bergmann u. a. will S. das Anlegen der Esmarch'schen elastischen Binde bei schweren Blutungen nur den Sanitätsoffizieren gestatten, das niedere Sanitätspersonal soll sich dabei mit Hochlegen des Gliedes, Druckverband, Beugungen in den Gelenken begnügen. Da bereits nach zweistündigem Liegen einer elastischen Binde Gangrän eintreten könne, glaubt S., daß durch das Umlegen der Binde von

dem Hilfspersonal mehr Schaden als Nutzen gestiftet werden könne. Der auch von Laien angelegte erste Verband soll auf den Verbandplätzen von den Ärzten nicht ohne zwingenden Grund entfernt werden. Der baldige Transport aus der Feuerlinie ist anzustreben, soll aber vermieden werden, wenn feindliche Geschosse das Gelände bestreichen. Die Sanitätsformationen — wenigstens die Truppen- und Hauptverbandplätze — sollen möglichst nahe an die Truppe herangelegt werden unter Benutzung von Hügeln und Hohlwegen als Deckung. Ein 11 Zoll dicker aufgeworfener Erdwall kann die Verwundeten vor den feindlichen Geschossen schützen. Beim Rückzug der Truppe bleiben die Verwundeten, Sanitätsoffiziere und das übrige Personal an Ort und Stelle unter dem Schutze der Genfer Konvention. Das vom Verf. konstruierte Verbandpäckchen besteht aus zwei aus steriler Baumwolle gefertigten Kissen (*a* und *b* Fig.), in deren Mitte entsprechend der Stelle, wo es auf die Wunde kommt, Borosalizylpulver in Mischung von 1 : 4 fixiert und durch Jodtinktur kenntlich gemacht ist (*c*). Auf der hinteren Fläche der Kissen sind Heftpflasterstreifen (*d*) angebracht, welche zum Festhalten der Kissen dienen. Außerdem wird dann noch um die Kissen eine mit ihnen verbundene Gazebinde (*e*) herumgewickelt. Eingehüllt ist alles zunächst in Paraffinpapier und dann in wasserdichte Leinwand. Auf der Innenseite der letzteren befindet sich eine Instruktion über die Anwendung des Verbandzeuges. Zwei Sicherheitsnadeln sind beigegeben. **Herhold** (Altona).



7) **Bamberg.** Sanoform als Ersatzmittel des Jodoforms.
(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 38.)

Das Sanoform ist ein weißes geruch- und geschmackloses Pulver, das durch Licht nicht zersetzt wird und dessen Jodgehalt 62,7% beträgt; der Schmelzpunkt liegt bei 110°. Die therapeutische Wirkung entsteht durch die Abspaltung von freiem Jod und von Salizylsäure. Daß das Sanoform ungiftig ist, wurde schon vor Jahren experimentell festgestellt. Verf. hat durch Tierexperimente den Beweis erbracht, daß das Medikament nicht unzersetzt durch den Körper geht, und durch bakteriologische Untersuchungen festgestellt, daß eine bakterizide Wirkung auch dem Sanoform nicht eigen ist, sondern wie beim Jodoform sich nur ein entwicklungshemmender Einfluß geltend macht. In 225 Fällen angewandt, hat das Sanoform niemals nachteilige Nebenwirkungen verursacht, und erscheint dem Verf. das Präparat geeignet, das Jodoform in all den Fällen, in denen wir dieses bisher anwandten, zu ersetzen.

Langemak (Erfurt).

---

8) **D. Panýrek.** Eriophorum, ein neuer Verbandstoff.
(Časopis lékařů českých 1903. p. 1299.)

In unserem Klima wächst auf feuchten Böden eine ungemein verbreitete Grasart, Eriophorum, Wasen- oder Mattenwolle, deren quastenförmige Blüten einen vorzüglichen Ersatz für die Baumwollwatte darstellen. Die Blüte bildet eine Federkrone, deren weiße Haare sehr elastisch sind, sich durch Kochen leicht sterilisieren lassen, Wundsekret leicht aufsaugen, die Haut nicht reizen und die Transpiration nicht behindern. Mit Kollodium bilden die Haare ein festhaftendes, nicht brüchiges Deckmittel. Da die Pflanze vom April bis Juli blüht, außerordentlich verbreitet ist und keiner Pflege bedarf, so bietet dieselbe ein billiges Verbandmaterial, namentlich bei Leistung der ersten Hilfe im Freien, speziell bei nicht offenen Wunden.

G. Mühlstein (Prag).

---

9) **A. Sack.** Über die Erfahrungen mit dem neuen Anthrasolpräparat.
(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVII. Nr. 11.)

Anthrasol ist ein von den schädlichen Beimengungen befreiter mit Wachholderteer und Mentholöl versetzter Steinkohlenteer, der dünnflüssig und farblos ist und die Haut sehr wenig reizt. Er mischt sich in beliebigem Verhältnis mit Alkohol, Äther, Benzol, Azeton, Fetten, Vasogen, Pasten, Seifen, Glyzerinleim usw., wirkt juckstillend (besonders bei Pruritus ani), bewährt sich bei Kopfschuppen (1—5%), bei psoriasiformen Ekzemen und leichter Psoriasis usw. Für Salben empfiehlt S. besonders: Anthrasol, Lanolin āā 3,0, Ungt. glycerin. ad 30,0.

Jadassohn (Bern).

---

10) **Dreuw.** Zur Behandlung des Lupus. (Vorläufige Mitteilung.)

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVII. Nr. 5.)

Die neue Methode wird folgendermaßen ausgeführt: Der Lupusherd wird durch Chloräthyl sehr stark vereist, dann wird reichlich rohe Salzsäure mit einem um einen Holzstab gewickelten Wattebausch fest eingerieben; wenn Schmerz entsteht, wieder vereist; bei tiefen Herden muß solange gerieben werden, bis die Epidermis eine breiige Masse bildet. Danach wird Puder (z. B. Jodothymoform) oder Zinkschwefelpaste aufgestreut und verbunden; mit den sich bildenden Borken wird nach 8—14 Tagen ein großer Teil der Lupusknötchen abgestrichen; restierende Knötchen werden mit Tinte angezeichnet, vereist und mit roher Salzsäure mittels eines zugespitzten harten Hölzchens zerstört. Die Resultate waren (bei 9 Pat.) gut und schnell. Die Methode ist billig, ohne großen Apparat, ohne große Schmerzen ausführbar, ungefährlich. Weiteres muß die Zukunft lehren.

Jadassohn (Bern).

---

11) **C. Raneletti.** Über eine neue Behandlungsmethode der einem operativen Eingriff unzugänglichen krebsigen und anderweitigen bösartigen Neubildungen und des Lupus.

(Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1902. Nr. 51 u. 52.)

R. hat ein neues Ätzmittel für inoperable Geschwülste zusammengestellt, das er Mirmol nennt und dessen Hauptbestandteil neben anderen das Formalin darstellt. Es wird in der vorliegenden Arbeit vom Verf. unter Beifügung einer ausführlichen Anwendungsvorschrift warm empfohlen. Es verwandelt die jauchigen Geschwülste in trockene, reizlose Schorfe, die bald abfallen. Blutung, Entzündung, Geruch und Schmerzen hören auf, ja es tritt zeitweise eine deutliche Narbenbildung ein, die von den Pat. als Heilung empfunden wird. Neben Hautkrebsen wandte Verf. es mit Erfolg bei Uteruskarzinomen, bei Mastdarmkarzinomen, ja auch in der Mundhöhle an. Ferner verwandelt es feuchte, diffuse Gangrän in trockene demarkierte Mumifikation, bringt Phlegmonen zur Austrocknung und wirkt heilend auf den Lupus ein. Das Mirmol wird in verschiedenen Verdünnungsgraden als feuchter Umschlag angewandt, wobei die gesunde Haut davor geschützt werden muß.

Zum Schluß folgen zahlreiche kurze Krankengeschichten, die die Erfolge illustrieren.

Schmieden (Bonn).

---

12) **A. Läwen.** Die örtliche Anästhesie bei Zahnextraktionen mit besonderer Berücksichtigung der Adrenalingemische.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 2.)

Bei der Anästhesierung für Zahnextraktionen handelt es sich vornehmlich um zweierlei Verfahren, die Leitungsunterbrechung der Nerven, welche im ganzen wegen ihrer Unsicherheit wieder ver-

lassen ist, und um die terminale Anästhesie, zu welcher als souveränes Mittel das Kokain verwendet wurde, bald als Einpinselungen, bald als subgingivale Injektionen. Nur die letztere Anwendungsweise kommt in Betracht. Die verschiedenartigen Modifikationen der Anwendung und Kombinationen mit anderen Mitteln — wie Antipyrin, Karbolsäure — beweisen, daß man mit den Resultaten der einzelnen Versuche nicht recht zufrieden war. Von Ersatzmitteln für das Kokain sind alle bekannten, wie Tropakokain, Eukain, Orthoform, Nirvanin u. a. m., erprobt worden. Die Vorteile und Nachteile derselben sind im einzelnen näher beschrieben. Über die Kataphorese mit Kokain und Guajakol hat L. keine eigenen Erfahrungen. Man hat der Einspritzung aller genannten Medikamente vorgeworfen, daß sie häufig lästige Weichteilschwellungen verursacht. Bei Verwendung sterilisierter, osmotisch indifferenter Lösungen konnte Verf. nie auf die Injektionen zu schiebende Schwellungen beobachten.

In neuester Zeit haben die örtlichen Anästhesierungsmethoden am Alveolarfortsatz einen wesentlichen Fortschritt durch die kombinierte Anwendung von lokal anästhesierenden Mitteln mit Nebennierenpräparaten erfahren. L. verwendet dazu 1%ige Kokainlösung, die mit 0,8%iger Kochsalzlösung hergestellt wird, und 3 Tropfen einer Adrenalinlösung von 1:1000. Es genügen für Zahnextraktionen 1—2 ccm Kokainlösung, so daß im höchsten Falle 0,2 g Kokain und 0,1 mg Adrenalin injiziert werden. Aus zahlreichen Beobachtungen ging hervor, daß das im Anschluß an Periodontitis äußerst druckempfindliche entzündete Periost des Alveolarfortsatzes mit dem darüberliegenden, ebenfalls entzündeten Zahnfleisch auf diese Weise ausnahmslos völlig anästhetisch zu machen ist. Unsicherer war die Wirkung auf die intraalveolaren Zahnnerven. Am brauchbarsten scheint die Kokain-Adrenalinalinanästhesie bei der Entfernung hochgradig zerstörter pulpenloser Zähne und Wurzelreste zu sein. Hier war die Extraktion fast durchweg schmerzlos auszuführen. Von großem Vorteil ist hier auch die Gewebsanämie. Aus technischen Gründen ist bei Zähnen des Oberkiefers die Anästhesie sicherer zu erreichen als bei denen des Unterkiefers. Das Eukain war in Verbindung mit Adrenalin meist von guter Wirkung; in einigen Fällen jedoch, namentlich bei pulpitischen Zähnen, bestand der Eindruck, als ob die Anästhesie nicht so tief gehe wie bei Kokain-Adrenalin.

L. kommt zu dem Schluß, daß die Kokain-Adrenalinanästhesie allen anderen Verfahren an Sicherheit überlegen ist. Der Wert des Adrenalinzusatzes beruht in der größeren Ausbreitung der Kokainanästhesie der Fläche und Tiefe nach, in ihrer längeren Dauer, in der intensiven Gewebsanämie und in der Herabsetzung der Kokaintoxizität. Nachblutungen wurden nicht beobachtet.

Die Arbeit ist aus der Abteilung von H. Braun in Leipzig, dem wir schon mehrfach Förderung der Lokalanästhesie verdanken.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

13) **E. Payr.** Über neuere Methoden zur operativen Behandlung der Geschwülste des Nasen-Rachenraumes, mit besonderer Berücksichtigung der Kocher'schen osteoplastischen Resektion beider Oberkiefer.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 2.)

Die Freilegung des Nasen-Rachenraumes wird erfordert durch ausgedehnte, auf natürlichem Wege nicht mehr entfernbare Basisfibrome und durch bösartige Geschwülste des Nasen-Rachenraumes. Zu den bekannten und bisher gebräuchlichen Methoden, deren erste v. Langenbeck's osteoplastische Resektion des Oberkiefers war, ist neuerdings die Kocher'sche Methode, die osteoplastische Resektion beider Oberkiefer hinzugekommen, welche es gestattet, unter völliger Übersicht zu operieren. Sie hat auch noch den Vorteil voraus, daß sie nahezu gar nicht entstellt. P. hatte selbst Gelegenheit, einem 14jährigen Knaben nach diesem Verfahren ein großes zellreiches kavernöses Fibrom zu exstirpieren und kommt auf Grund dieses Falles näher auf die Vorzüge der Kocher'schen Operation zu sprechen, die anscheinend noch wenig ausgeführt wird. Sie wird in der Weise vorgenommen, daß nach Spaltung der Oberlippe bis ans Nasenloch und Inzision der Schleimhaut über dem Alveolarfortsatz nach beiden Seiten hin der Oberkiefer über dem Alveolarrand quer in der Richtung nach außen durchgemeißelt wird. Der harte Gaumen wird dann median mit dem Meißel durchgeschlagen, event. auch der weiche Gaumen gespalten, und beide Hälften des Oberkiefers werden dann seitwärts verzogen. Nun wird die Nasenschleimhaut gespalten, der Vomer seitwärts gedrängt, die Nasenmuscheln exzidiert. Auf diese Weise wird die Schädelbasis ohne nachträgliche Entstellung freigelegt.

Was die Lagerung bei der Operation wegen der Aspirationsgefahr betrifft, so warnt Kocher selbst davor, die Narkose bei hängendem Kopfe zu machen, da die venöse Blutung zu stark wird. P. glaubt eine Lagerungsmethode gefunden zu haben, welche die Vorteile der Rose'schen darbietet, zugleich aber ihre Nachteile vermindert. Er legt den Pat. auf einen steil gestellten Stelzner'schen Operationstisch, so daß der ganze Körper auf einer schiefen Ebene ruht. Das Kopfende des Tisches dient als Stützpunkt für die Füße. Der Kopf hängt über das Fußende mäßig steil hinab. Der Winkel, den die schiefe Ebene des Tisches mit der Horizontalen einschließt, beträgt im Maximum 40°, meist nur 25—30. Es fehlt dabei jeder erhebliche Grad von Cyanose. Der Kopf muß fest und solid unterstützt sein. Dies geschieht durch eine verstellbare Holzstütze mit schwerem Metallfuß. Am besten wird die Lagerung an der Abbildung ersichtlich. Die Blutung ist in dieser Lage eine geringe und leicht zu beherrschende. Verf. empfiehlt sie warm an Stelle der Rose'schen. Kocher selbst wendet eine Schräglagerung an, bei welcher der Oberkörper des Kranken kopfabwärts geneigt, der Kopf aber höher gestellt ist als

der Hals. Außer der Vermeidung des Einfließens von Blut in die Luftwege bietet diese Lagerungsart noch den Vorteil guter Blutversorgung für das Gehirn und die Medulla oblongata. Für die schmerzlose Ausführung einer Oberkieferresektion ohne Allgemeinnarkose, deren Gefahren ja die hohe Mortalität des Eingriffes verursachen, hält P. eine Anästhesierung des Nervus supramaxillaris geeignet, welcher in der Hauptsache den Oberkiefer innerviert, durch Kokain in Verbindung mit Adrenalin. Die Injektion hat dicht unter dem Lig. palpebrae ext. am Boden der äußeren Wand der Augenhöhle gegen die Fissura orbitalis inferior hin stattgefunden.

Die Kocher'sche Methode der Freilegung des Nasen-Rachenraumes ist nach Ansicht des Erfinders selbst eine eingreifende Operation, allein sie ist anscheinend in allen Fällen sehr gut vertragen worden. Eine wesentliche Störung der Sprache wird durch sie nicht bedingt; auch bleiben die Zähne völlig erhalten. Was die Indikationsstellung für die eine oder andere Art des Eingriffes bei den Nasen-Rachengeschwülsten anlangt, so soll man bei typischem Nasen-Rachenfibrom, wenn es nicht groß ist, keine Verdrängungserscheinungen macht und weder durch Blutung noch durch Jauchung das Leben seines Trägers in Gefahr gebracht hat oder durch rasches Rezidivieren verdächtig erscheint, die endopharyngealen Methoden anwenden. Ebenso soll man dies bei Pat. tun, welche dem Wachstumsabschluß nahe stehen, da mit diesem häufig eine Besserung des Leidens auftritt. In allen anderen Fällen ist der breite Zugang zur Geschwulst ratsam. Um sich über den Blutreichtum gewisser Formen von Nasen-Rachenpolypen zu orientieren, ist die Untersuchung am hängenden Kopfe, welche eine starke Veränderung der Geschwülste hervorruft, sehr zweckdienlich.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

14) **Jawin.** Die Lage der Speiseröhre bei verschiedenen Verkrümmungen der Wirbelsäule.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 2.)

Verf. bespricht die normale Lage der Speiseröhre und gibt im Anschluß daran die Befunde bei Verkrümmungen der Wirbelsäule, bei Kyphosen und Skoliosen. Im ganzen unterscheiden sich die erhaltenen Ergebnisse nach eigener Aussage desselben hinsichtlich der Abhängigkeit des Ösophagus und anderer Organe von den Krümmungen der Wirbelsäule in nichts Wichtigen von den Ergebnissen älterer Autoren, wie Bouvier und Morosoff.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

15) **v. Mikulicz.** Zur Pathologie und Therapie des Kardiospasmus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 1 u. 2.)

Unter den Ursachen der diffusen Ösophagusdilatation mit allen ihren Beschwerden und Folgezuständen hat v. M. im Jahre 1882

den Kardiospasmus hervorgehoben. Im weiteren Verfolg dieser Ansicht hat er seit Beginn des Jahres 1903 vier Fälle, in welchen die äußerst hartnäckigen Beschwerden dieses Leidens durch keine andere Therapie beseitigt werden konnten, die forcierte Dehnung der Kardia vorgenommen und recht gute Resultate erzielt. Die Operation wurde in der Weise vorgenommen, daß nach ausgiebiger Eröffnung des Magens unter Kontrolle der einen Hand eine Kornzange, deren Enden mit Gummidrains überzogen waren, ca. 4 cm weit durch die Kardia in die Speiseröhre eingeführt und nun unter sorgfältiger Vermeidung von Schleimhautrissen eine Dehnung vorgenommen wurde, bis die Branchen der Zange etwa 6 cm voneinander entfernt waren.

Borchard (Posen).

---

16) **L. Teleky.** Die Laugenverätzungen der Speiseröhre. (Aus der chirurgischen Abteilung an der allgemeinen Poliklinik in Wien. Vorstand Prof. Alex. Fränkel.)

Wien, **Wilhelm Braumüller,** 1904.

Vorliegender Beitrag T.'s kann als Fortsetzung und Ergänzung der beiden grundlegenden Arbeiten v. Hacker's über die Laugenvergiftungen und Verätzungen in Wien gelten. Nachdem Verf. einen Abriß über Geschichte, Statistik usw. dieser Vergiftungen in Christiania, Pest und Warschau gegeben hat, schildert er die entsprechenden Verhältnisse in Wien; er hebt hier die auffallende Häufigkeit und Schwere dieser Verletzungen hervor, deren Ursache in der hohen Konzentration der im Handel allenthalben leicht käuflichen Lauge zu suchen ist. Zur Beseitigung dieser Mißstände schlägt er besondere behördliche Verordnungen für den Laugeverkauf vor.

Pathologische Anatomie und klinischer Verlauf werden sodann erledigt. Ihnen folgt als wichtigster Abschnitt die ausführliche Besprechung aller in Frage kommenden therapeutischen Maßnahmen. Verf. spricht sich gegen die frühzeitige und die zu intensive Sondenbehandlung aus. In den ersten 2—3 Monaten nach geschehener Verätzung sollte methodisch womöglich gar nicht sondiert werden. Können bereits zu dieser Zeit Flüssigkeiten nicht mehr geschluckt werden, so ist am besten, sobald sich auch vorsichtige Versuche mit zeitweisem Sondieren und wenigen Thiosinamininjektionen als erfolglos erweisen, die Gastrostomie auszuführen. Bringt man den Pat. ohne methodische Dilatationsbehandlung bis zum 4. oder noch besser bis zum 6. Monat, so ist ein Versuch mit Thiosinamin sehr anzuraten, »da manche Fälle von narbiger Speiseröhrenstriktur durch Thiosinaminbehandlung geheilt werden können«. Wie die Erfahrungen des Verf. beweisen, wurden die besten Erfolge erzielt, wenn seit der Verätzung mehr als 6 Monate verflossen waren. Er injiziert bei Erwachsenen 5—10, bei Kindern 2—5 Teilstriche einer 15%igen alkoholischen Lösung subkutan im Interskapularraum 2mal wöchent-

lich, macht nach der fünften Injektion eine größere Pause (8—14 Tage) und läßt nur dann, wenn kein befriedigender Erfolg zu verzeichnen ist, eine weitere kleine Anzahl von Einspritzungen folgen. Während der Injektionsbehandlung ist jede Sondendilatation, weil besonders schmerzhaft, auszusetzen, nur vorsichtiges Kontrollbougieren ist erlaubt. Kontraindiziert ist auch hierbei die Anwendung von Thiosinamin, wenn im Körper irgendwo Narben sind, durch deren Erweichen resp. Lockerung der Organismus Schaden nehmen könnte. (Cf. Teleky: Beiträge zur mechanischen und medikamentösen (Thiosinamin) Behandlung der narbigen Speiseröhrenverengerungen, Ref. d. Bl. 1903 Nr. 5.)

Ist mit Thiosinamin ein gutes funktionelles Resultat erzielt, so ist Pat., selbst wenn der objektive Befund noch nicht befriedigend ist, aus der Behandlung zu entlassen. Ist ein Mißerfolg zu verzeichnen, so schlägt T. methodische Dilatationsbehandlung durch den Mund nur bei mittelweiten Strikturen (etwa bis Charrière 15) vor, in den anderen Fällen sollte die Gastrostomie, der er bei Behandlung dieses Leidens ein noch weiteres Feld als v. Hacker einräumen will, mit nachfolgender Bougierung ohne Ende zur Anwendung kommen. Besondere Vorsicht und zartes Vorgehen ist bei der Methode der gespannten Drains — am besten konischer Schlauch nach v. Eiselsberg — anzuwenden. In jedem Falle sollte man aber, bevor man zu irgendeiner aktiveren Behandlungsart greift, »stets versuchen, durch lang andauernde möglichste Ruhigstellung des Ösophagus und Vermeidung jeder Reizung (absolute Milchdiät, Unterlassen des Sondierens) event. bestehende Entzündungserscheinungen zum Verschwinden zu bringen und dadurch die Striktur günstig zu beeinflussen«.

Müller (Dresden).

---

17) **Jordan.** Die Indikationen zur Exstirpation der Milz.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 52.)

Der Milzverlust führt keine Schädigung des Organismus herbei und übt vielfach gar keinen Einfluß auf das Allgemeinbefinden aus; infolgedessen sind die Indikationen zur Milzexstirpation in den letzten 10 Jahren erweitert.

Absolute Indikation bildet die subkutane Zerreißung, seltene Anzeige der traumatische Vorfall durch eine relativ kleine Bauchwunde. Die Reposition kann versucht werden, wenn der Verletzte sofort zur Behandlung kommt, die Milz nicht verunreinigt ist. — Bei den serösen, serös-hämorrhagischen und den Blutcysten ist die Splenektomie der Inzision, Einnähung und Drainage vorzuziehen, wenn nicht ausgedehnte Verwachsungen den Eingriff direkt lebensgefährlich gestalten. Bei den sehr seltenen primären Echinokokkuscysten verdient die Splenektomie immer den Vorzug. Auch bei den primären bösartigen Geschwülsten ist sie aussichtsvoll und gerechtfertigt.

Alle Versuche, die leukämisch vergrößerte Milz zu entfernen, endeten tödlich. Leukämie und Pseudoleukämie bilden eine absolute Gegenanzeige. Bei Malariamilz muß die Splenektomie als berechtigt und bei geeigneter Auswahl der Fälle als aussichtsvoll bezeichnet werden. Die einfache chemisch-hyperplastische Milz bietet für die Operation die günstigsten Aussichten. Bei der Banti'schen Krankheit ist 17mal mit 14 Heilungen die Exstirpation ausgeführt. Bei Wandermilz soll bei normaler Größe die Splenopexie, bei krankhafter Vergrößerung die Splenektomie gemacht werden. Eine seltene Indikation ist die Nekrose des Organes mit perisplenitischer Eiterung nach Traumen und intralienale Abszeßbildung als Folge hämatogener Infektion; alle bisher operierten 7 Fälle sind günstig verlaufen.

Verf. hat 7mal die Milz exstirpiert und nur einen Fall verloren. (subkutane Ruptur 1, Blutcyste 1, primäre Echinokokkuscyste 1, Lymphosarkom 1, chronische Hyperplasie 3).

Langemak (Erfurt).

---

18) G. J. Wolynzew. Die biliären Cirrhosen und Angiocholitiden. Der Wert ihrer Symptome in chirurgischer Beziehung.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 43.)

Die im Verlaufe der Cirrhosis biliaris auftretenden Schmerzen, Koliken, das Fieber, die Symptome der Leberinsuffizienz sind Zeichen einer Angiocholitis. Letztere verschlimmert den Verlauf der Cirrhose. Die Cirrhose ohne Angiocholitis erfordert eine bloß interne Behandlung; bringen aber die inneren Mittel keine Besserung der Schmerzen und des Fiebers, so ist operative Hilfe angezeigt (Anlegung einer Gallenblasenfistel, Trennung event. angetroffener Verwachsungen, Untersuchung der Gallengänge usw.). Bei allen Leberkranken muß man genau nach Cholämie in der Anamnese forschen; bei Angiocholitis muß das Blutserum auf den Inhalt von Gallenpigment untersucht werden.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

19) K. Maydl †. Über den angeborenen Schulterblatthochstand.

(Sborník klinický 1904. p. 73.)

Sprengel hat im Jahre 1891 eine Difformität neu beschrieben, die vor ihm bereits von McBurney und Sands (1888) und Eulenburg (1863) beschrieben worden war, und über deren Anatomie, Ätiologie und Therapie die mannigfachsten Ansichten herrschten. Durch die vorliegende, aus dem literarischen Nachlaß M.'s stammende Arbeit dürfte die Frage des angeborenen Schulterblatthochstandes ihre Lösung gefunden haben. M. beobachtete in seiner Klinik zwei gleichartige Fälle. Im ersten Falle handelte es sich um ein 13-jähriges Mädchen mit typischem linksseitigem Schulterblatthochstand nach der Beschreibung von Sprengel. M. konstatierte nun bei dem Kinde, daß sich vom Innenrande des Schulterblattes eine dicke Knochenspange zur Halswirbelsäule erstreckte, und daß diese Spange

die Ursache der mangelhaften Beweglichkeit der linken Oberextremität war. Das Skiagramm bestärkte ihn in dieser Vermutung. Bei der Operation fand man, daß die in Muskulatur eingehüllte Spange vom Bogen des IV. Halswirbels ausging und mittels des knorpeligen peripheren Endes mit einem Knochenvorsprung am Innenrande des Schulterblattes gelenkartig verbunden war. Bei der Exstirpation der Spange wurde der Wirbelkanal eröffnet und die Dura verletzt. Nach einem Monate verließ Pat. mit normaler Beweglichkeit der Schulter die Klinik. — Der zweite, fast identische Fall betraf einen 10jährigen Knaben; die Deformität war ebenfalls linksseitig. Das Skiagramm zeigte den scharfen Schatten einer Knochenspange, nach deren Entfernung Pat. — 14 Tage nach der Operation — vollständig geheilt die Klinik verließ.

Das Studium der Literatur ergab, daß in den meisten publizierten Fällen von Schulterblatthochstand jene Knochenspange[1] vorhanden war, daß sie aber unerkannt blieb oder falsch gedeutet wurde. Erst M. erkannte in dieser Knochenspange die eigentliche Ursache der angeborenen Difformität; sie ist stets vorhanden, nur manchmal wegen ihrer weichen, knorpeligen Beschaffenheit oder ungünstigen Lage weder palpatorisch noch skiagraphisch nachweisbar oder durch ein bindegewebiges Band ersetzt; sie kann sogar dem Operateur verborgen bleiben, wenn er nicht an der richtigen Stelle einschneidet. Die Gelenkverbindung mit dem Schulterblatt liegt am Innenrande des letzteren in der Höhe des Endes der Spina scapulae oder dicht über oder unter diesem Punkte.

Der Schulterblatthochstand stellt den physiologischen Zustand am Ende des Fötallebens dar; nach der Geburt findet normalerweise ein Descensus scapulae statt; durch das Vorhandensein der Knochenspange wird nicht nur dieser verhindert, sondern auch die Beweglichkeit der Schulter eingeschränkt.

Die Therapie kann nur in der Exstirpation der knöchernen Spange und orthopädischer Nachbehandlung bestehen.

G. Mühlstein (Prag).

---

20) **Cros.** Utilisation de la bretelle des suspension pour immobiliser le membre supérieur.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1904. Nr. 1.)

C. empfiehlt, zur Fixierung des verletzten Armes an der Brust auf dem Schlachtfelde die Aufhängeriemen zu benutzen, welche bei der Infanterie dazu bestimmt sind, das Seitengewehrkoppel mit seinen Anhängseln zu stützen. Diese Riemen gehen über beide Schultern und befestigen sich vorn durch zwei, hinten durch einen Haken an die Patronentaschen. Um den rechtwinklig an die Brust gelegten Arm zu stützen, werden die Haken vorn und hinten ausgehakt und die vorderen Patronentaschen dicht aneinander geschoben. Nachdem

[1] Wohl das verknöcherte Lig. spinoscapulare (Mollier). Red.



dann der Vorderarm in die beiden Riemenschlingen gelegt ist, werden die Häkchen wieder an den Patronentaschen befestigt. Ein quer über den Oberarm und die Brust gehender Gurt verhindert die Abduktion des Armes. Eine Zeichnung ist der kleinen Arbeit zur Erläuterung beigegeben. **Herhold** (Altona).

---

21) **Abbot.** Hypertrophy of the synovial fringes of the knee joint.

(Journ. of the amer. med. associat. 1903. April 25.)

Die Ursache für Wucherung an Synovialzotten ist oft ein Trauma, in anderen Fällen anscheinend eine Dehnung des Gelenkes und seiner Bänder, die nach A. häufig infolge von Plattfuß auftreten soll. Pathologisch-anatomisch handelt es sich bei der Erkrankung um Vergrößerung der Oberfläche der Synovialmembran, welche dadurch zur Form von Zotten emporgehoben wird. Diese Zotten enthalten erweiterte, verzweigte und vermehrte Blutgefäße, vermehrtes zellreiches Bindegewebe. Kulturversuche blieben stets ergebnislos. Die Beschwerden werden durch Einklemmung der Zotten zwischen die Gelenkenden bewirkt und bestehen in plötzlichem, scharfem Schmerz mit Unfähigkeit weiter zu gehen; oft folgt wäßriger Erguß ins Gelenk nach. Die Behandlung kann bei frühzeitiger Diagnose eine konservative sein; sie besteht dann in Anwendung von heißer Luft, Heftpflasterverbänden, Beseitigung jeder Ursache, welche Bänderdehnung im Gelenk verursacht, u. a. auch des Plattfußes durch Tragenlassen einer Einlage. Durch eine solche hat A. öfter die Beschwerden ohne weitere Maßnahmen schwinden sehen. Sind die Wucherungen so groß, daß sie von außen gefühlt werden können, so ist baldmöglichst zu operieren. Das Gelenk wird eröffnet ohne Durchtrennung des Kniescheibenbandes, die Zotten sind von den seitlichen Einschnitten gut zu erreichen und werden entfernt, exakte Naht der Kapsel und der Haut, Gipsverband. Temperatursteigerung folgt stets der Operation. 2 Wochen nach der Operation Beginn von Bewegungen, Massage etc. — Krankengeschichte von 12 Fällen ausführlich mitgeteilt. **Trapp** (Bückeburg).

---

22) **Heusner.** Beitrag zur Pathologie und Therapie des Plattfußes.

(Archiv f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 1.)

Verf. macht in dieser Arbeit darauf aufmerksam, daß der kontrakte oder schmerzhafte Plattfuß diesen Namen nicht ganz mit Recht trägt, da nicht die Abflachung, sondern die Valgusstellung des Tarsus das wesentlichste dabei ist. Durch eine übermäßige Beanspruchung der Füße werden zuerst die plantaren Haftbänder schmerzhaft, wodurch infolge feiner Reflexbeziehungen zwischen sensiblen und motorischen Nerven eine krampfhafte Anspannung der Unterschenkelmuskeln, besonders der pronierend wirkenden, ent-

steht, die ihrerseits die Valgusstellung hervorruft. Die Umlegung des Fußes ist mit einer Knickung desselben im Chopart'schen Gelenke vergesellschaftet, die durch den niedersinkenden Kopf des Talus nebst Os naviculare bedingt ist. Als ätiologische Momente werden vom Verf. Überanstrengung, rachitische Abflachung aus früherer Zeit und chronische Reize der verschiedensten Arten, wie z. B. durch schlechtes Schuhwerk, Rheumatismus, Gicht, eingewachsene Nägel genannt. Therapeutisch empfiehlt Verf. eine Spiralschiene aus Spiraldraht mit 20 serpentinenartigen Windungen, wie er sie schon bei der Behandlung des Klumpfußes beschrieben hat. Während beim Klumpfuß auf den beiden Enden der Schiene die Schuhe mit den Füßen nach außen befestigt werden, so werden bei der Behandlung des Plattfußes die beiden Enden zu U-förmigen Schleifen mit parallelen Schenkeln von 10 cm Länge und 3 cm Distanz umgebogen und rechtwinklig gegen die Feder aufgerichtet. Zur Befestigung an den Schuhen sind in der Mitte der Sohlen Coulissen angebracht, in welche die Enden der Feder eingeschoben werden. Durch diese Schiene werden die Füße einwärts gedreht und in Supinationsstellung gebracht. Zum Schlusse erhalten die Pat. Tagesschuhe mit Plattfußeinlagen aus Aluminium von ähnlicher Form, wie sie Hoffa u. a. empfohlen haben, nur daß dieselben etwas kürzer sind, fingerbreit hinter den Köpfen der Metatarsen endigen, wodurch die Federung im Tarsus und das Spiel der Fußmuskeln weniger ausgeschaltet wird.

Hartmann (Kassel).

Kleinere Mitteilungen.

Zur Asepsis der Hände während der Operation.

Von

L. Rydygier.

Ich für meinen Teil kann mich nicht dazu entschließen, in Handschuhen zu operieren: Zwirnhandschuhe können unmöglich mit absoluter Sicherheit davor schützen, daß nicht Bakterien während der Operation von der Handoberfläche in die Wunde gelangen; Gummihandschuhe beeinträchtigen im höheren Grade das feine Gefühl in den Fingerspitzen, welches auch die Zwirnhandschuhe — wenn auch weniger — stören. Kenne ich doch einen Fall, wo einer der ersten und wärmsten Anhänger und Lobredner der Zwirnhandschuhe während einer Operation an den Gallenwegen bei einem Kollegen plötzlich die Handschuhe herunterriß, um genauer nachzufühlen. Der Fall ist nicht publiziert, deshalb zitiere ich nicht den Namen; ich erlaube mir aber die Frage, ob der aseptische Verlauf durch dieses Manöver mehr gesichert wurde, als wenn man überhaupt nicht mit den Handschuhen angefangen hätte? Ich will des weiteren nicht auf die Handschuhfrage eingehen — für mich ist sie gelöst. Entschieden besser und gewiß anzuempfehlen ist der Vorschlag König's, so wenig wie möglich mit den Fingern in der Wunde herumzuarbeiten — was sich leider vielfach nicht umgehen läßt.

In meiner Klinik suche ich das Ideal, möglichst aseptische Hände während der Operation zu haben, auf folgende Weise zu erreichen:

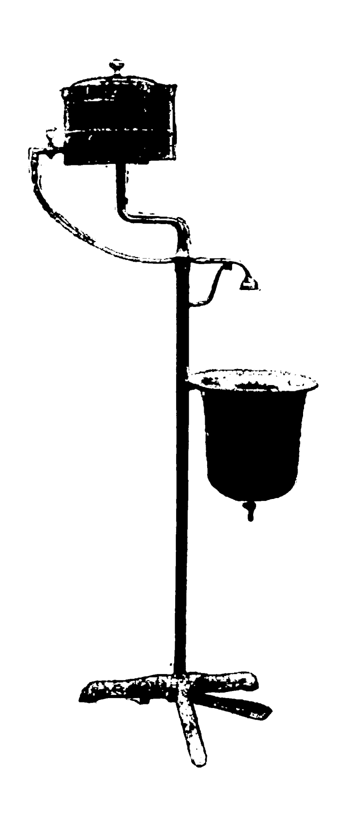
1) Es wird auf möglichst sorgfältige Pflege (Kosmetik) der Hände überhaupt Gewicht gelegt.

2) Nach jeder Operation und jedem Verbandwechsel, namentlich eiternder Wunden, sollen die Hände ebenso sorgfältig gewaschen werden, wie vor der Operation.

3) Waschen der Hände vor der Operation nach dem Fürbringer'schen Prinzip.

4) Während der Operation sorge ich für sehr häufiges Abspülen der Hände mit steriler Kochsalzlösung.

Diesen letzten Umstand halte ich für sehr wichtig und um so mehr empfehlenswert, als er unzweifelhaft nicht weniger die Wunde vor Infektion durch die Hände schützt, als die meiner Ansicht nach nicht annehmbaren Handschuhe. Man muß sich nur gewöhnen, die Hände wirklich sehr häufig abzuspülen und in sicher steriler Flüssigkeit. Beide Bedingungen verlangen eine bequeme und entsprechende Einrichtung. Anfangs bedienten wir uns zu beiden Seiten des Operationstisches aufgestellter Waschbecken, welche ziemlich häufig gewechselt wurden. Wir sahen jedoch ein, daß dieses nicht allen Anforderungen der Asepsis entspricht: Sollte das Wasser steril bleiben, müßte es nach jedesmaligem Abspülen der Hände erneuert werden, namentlich bei unreinen Operationen und ebenso die Waschbecken. Außerdem ist das zufällige Berühren der Waschbeckenränder kaum zu vermeiden. Deshalb gingen wir zum Gebrauch von Ständern über, wie sie im vorigen Jahre unser Assistent, Herr Dr. Herman im Zentralblatt für Chirurgie Nr. 2 beschrieben hat. Mit der Zeit zeigten sie sich im Gebrauch insoweit unbequem, als der Schlauch, welcher den besonders aufgehängten Irrigator mit dem Ständer verband, die freie Zirkulation um den Operationstisch störte. Wir haben deshalb in letzter Zeit diese Vorrichtung dahin abgeändert, daß der kupferne Behälter über dem Ständer angebracht ist und mit demselben ein Ganzes bildet und leicht hin und her geschoben werden kann. Eine größere Anzahl von diesen Behältern wird früh mit $6^0/_{00}$iger Kochsalzlösung gefüllt und reichlich $^1/_2$ Stunde gekocht, darauf zum Abkühlen abgestellt. Vor der Operation wird das Gefäß ohne weiteres auf den Ständer aufgestellt, so daß auch der rigoröseste Aseptiker nicht einmal einen theoretischen Vorwurf wegen Mangel an vollständiger Sterilität machen kann, wenn er vor dem Gebrauche den verbindenden Schlauch und den Ansatz auskochen läßt. Die genauere Einrichtung des Ständers, wie er jetzt nach unserer Vorschrift von der Firma Georgeon in Lemberg angefertigt wird, ist aus der nebenstehenden Zeichnung ohne weitere Erklärung ersichtlich.



Die Hauptsache bleibt aber, daß sich sowohl der Operateur, wie die Assistenten daran gewöhnen, möglichst häufig die Hände abzuspülen, um die Bakterien, welche während der Operation aus der Tiefe an die Oberfläche der Haut gelangen, immer wieder und wieder zu beseitigen. Geschieht das, so bin ich fest überzeugt, daß auf diese bequeme Weise viel sicherer eine Infektion der Wunde durch die Hände vorgebeugt wird, als durch den Gebrauch von Handschuhen. Das ist der

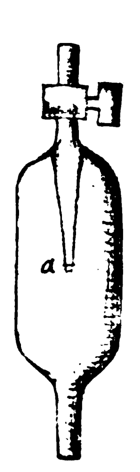
Grund, weshalb ich den Ständer in seiner jetzigen, allen Ansprüchen entsprechenden und praktischen Form nochmals beschreibe und dringend anempfehle.

Zur intravenösen Infusion.

Von

Sanitätsrat A. **Schücking** in Pyrmont.

Herr Dr. Gauss in Berlin hatte gelegentlich einer Besprechung der von mir empfohlenen Infusionen durch die Nabelvene die Freundlichkeit, mich auf die von Dr. Haps in Nr. 46 (1902) dieses Blattes beschriebene Glasröhre zur intravenösen Infusion aufmerksam zu machen, und erinnerte ich mich bei der Prüfung des Instrumentes, daß ich selbst vor 27 Jahren einen kleinen Apparat angegeben hatte, der für den fraglichen Zweck noch geeigneter erscheint. Die betreffende Vorrichtung, die ursprünglich zur permanenten Irrigation des Uterus und der Scheide bestimmt war, wurde 1877 im Zentralblatt für Gynäkologie und der Berliner klin. Wochenschrift von mir beschrieben und dann im Jahre 1878 von Richard Volkmann, dem ich die Vorrichtung demonstriert hatte, zur Nachbehandlung nach der Exstirpation von Mastdarmkarzinomen in seiner Sammlung klin. Vorträge empfohlen, auch dort eine Abbildung dieses Tropfapparates gegeben. In Nr. 8 dieses Blattes hat Herr Dr. Ejinar Nyrop einen Glasballon angegeben, der den Lufteintritt bei intravenösen Infusionen verhindern soll. Der Ballon unterscheidet sich von meinem Apparate von 1877, wie beifolgende Abbildung zeigt, durch die Krümmung des Zuleitungsrohres und den Fortfall des Glashahnes. Die Krümmung des Zuleitungsrohres des Nyrop'schen Apparates dürfte indes überflüssig erscheinen, da jede Luftmenge, die bei *a* austritt, sich am höchsten Punkte des Ballons sammeln muß. Die mitgerissenen Luftblasen steigen, wie ich bei meinen Versuchen feststellte, bei geraden wie bei gekrümmten Röhren nach ihrem Austritt nach oben und gelangen nicht in den abwärts führenden Flüssigkeitsstrom. Den Glashahn fortzulassen möchte ich nicht empfehlen, da das Instrument dann nicht mehr als Tropfapparat zu dienen vermag. Ich möchte dieser technischen Mitteilung hinzufügen, daß es mir auch in einem zweiten anscheinend verzweifelten Falle von Asphyxie beim Neugeborenen gelang, durch intraumbilikale Infusion von 30 g einer 1%igen Lösung von Natr. saccharat., der ich 6 Tropfen einer Kampferlösung (1 : 10 Spir.) zugesetzt hatte, das Kind wieder zu beleben. In einem anderen früheren Falle von Infusion durch die Nabelvene, in dem ich ebenso wie in dem veröffentlichten erfolgreichen Falle nur eine Natrium saccharat.-Lösung brauchte, hatte ich einen negativen Erfolg zu verzeichnen, wahrscheinlich weil ich die Methode zu spät anwandte, nachdem alle anderen Versuche ohne Erfolg gewesen waren.



---

23) A. Ernst. Thiosinamin bei Lymphosarkom und Keloid.

(Liečnički viestnik 1903. Nr. 11. [Kroatisch.])

Der 30jährigen Pat. wurde im April 1902 ein gänseeigroßer Lymphknoten der linken Halsseite exstirpiert (v. Čačković). Nach einem Monate begannen sich wieder Knoten auf beiden Seiten zu entwickeln, welche wieder exstirpiert wurden (Payer-Graz). Nach kurzer Zeit schwollen die Drüsen wieder an; gleichzeitig trat keloide Entartung der Narben ein. E. machte Injektionen mit 10%iger Thiosinaminlösung jeden zweiten Tag, zuerst 1 ccm, dann 2 und 3 ccm. Es erfolgte rascher Schwund des Keloids und der Knoten, die nach 25 Injektionen

rechts ganz schwanden, während sie sich links auf ein Viertel verkleinerten. Aus äußeren Gründen mußte E. mit der Therapie aufhören. Nach $1^1/_2$ Monaten ist der Zustand stationär geblieben. In der Literatur hat Verf. keinen Fall gefunden, daß Thiosinamin bei Lymphosarkom angewendet worden wäre.

v. Cačković (Agram).

24) **N. M. Nikolski.** Luftgeschwulst am Kopfe.

(Chirurgie 1904. Januar. [Russisch.])

Die Geschwulst entstand vor 5 Monaten nach einem 4 Monate vorher erhaltenen Stoß am Hinterhaupt eines Mannes und war 19×11 cm groß und 8 cm hoch. Eine Punktion blieb ohne Erfolg; daher breite Inzision und Tamponade, Heilung per granulationem. — Der Fall ist der 19. in der Literatur.

Gückel (Kondal, Saratow).

25) **J. H. Nicoll.** Six recent cases of depressed (»greenstick«) fracture of the skull in infants, in which the children were treated as out patients after operation.

(Glasgow med. journ. 1903. p. 431.)

Bei sechs Kindern von 2, 3, 4, 4, 10 Monaten und 4 Jahren behandelte N. Depressionsfrakturen der Schädelknochen mit Trepanation und Inversion. Die Nachbehandlung geschah ambulant. Die Nähte wurden nach 8 Tagen entfernt und zu dieser Zeit bereits in den meisten Fällen die Konsolidation festgestellt. Zweimal lagen gewöhnliche traumatische Frakturen, viermal Geburtsfrakturen vor.

M. v. Brunn (Tübingen).

26) **Senn** (Chicago). Subcutaneous drainage in the surgical treatment of hydrocephalus internus.

(Alienist and neurologist 1903. Nr. 3.)

Verf. hat von Medikamenten, der Punktion und Jodinjektion, der Lumbalpunktion und der äußeren Drainage bei der Behandlung des Hydrocephalus int. fast nie Erfolge gesehen. Er wandte daher bei einem nach Operation einer Spina bifida lumbo-sacralis trotz Residivs derselben entstandenen Hydrocephalus eines 10 Monate alten Knaben die subkutane Drainage an (cf. Henle, Beitrag zur Pathologie und Therapie des Hydrocephalus. Mitteil. a. d. Grenzgeb. Bd. I. Hft. 2. 1896. Ref.).

Mit hufeisenförmigem Schnitte wurde in der rechten Schläfengegend ein $1^1/_2$ Zoll breiter und 2 Zoll langer Lappen mit unterer Basis gebildet. Nach Durchtrennung von Periost und Dura und Punktion des rechten Seitenventrikels in dem Raum zwischen Stirn- und Schläfenbein schob S. ein gänsefederkieldickes Gummidrain in den Ventrikel; das äußere 4 Zoll lange Ende wurde in eine Tasche zwischen Haut und Temporalfascie nach unten gelagert und darauf der Hautlappen wieder eingenäht. Über den Verband legte S. eine komprimierende Gummibinde. Die Schläfengegend und die Augenlider der rechten Seite schwollen durch den abfließenden Liquor cerebrospinalis stark an, die früher klaffenden Schädeldachknochen näherten sich und schoben sich sogar übereinander; der Spina-bifida-Sack kollabierte, der Schädelumfang nahm um 2 Zoll ab. Am 7. Tage wurde das Drain durch einen Schnitt auf sein distales Ende entfernt und erwies sich durchgängig. Das Kind begann gleich nach der Operation zu fiebern und starb am 8. Tage nach derselben, jedoch ohne irgendwelche meningitische Symptome zu bieten. Durch die elastische Kompression waren oberflächliche Nekrosen an den Schädeldecken entstanden. Die Sektion wurde nicht gestattet.

Trotz dieses Mißerfolges hat die subkutane Drainage für S. folgende Vorzüge vor der äußeren:

1) Durch die langsame Entleerung der Hirnhöhlen wird eine Störung der intrakraniellen Zirkulation vermieden.

2) Die Infektionsgefahr ist eine viel geringere. **Gutzeit** (Neidenburg).

27) Keen and Sweet. A case of gunshot wound of the brain in which the Röntgen rays showed the presence of eight fragments of the bullet; localisation by Sweet's method made operation inadvisable.

(Amer. journ. of the med sciences 1903. Juli.)

Die Methode erlaubt mit Hilfe zweier Röntgenaufnahmen bei verschiedener Röhrenstellung und eines ziemlich komplizierten Meßapparates die genaue stereometrische Bestimmung von metallischen Fremdkörpern. Verff. stellten auf diese Weise bei einem Schädelschuß die Lage von acht Geschoßfragmenten fest; alle lagen an Stellen, an welchen sie keine Erscheinungen hervorrufen konnten. Es wurde deshalb auf Grund dieser Bestimmung von einer Operation abgesehen, und die völlige Wiederherstellung des Pat. bewies die Genauigkeit des Verfahrens. Apparat und Methode eignen sich nicht zu einer kurzen Wiedergabe im Referat; der Apparat wird von Queen & Co. in Philadelphia angefertigt.

Bender (Leipzig).

28) W. Grosskopf. Ein unangenehmes Vorkommnis bei einer Operation mittels Elektromotor.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 41.)

Im Begriff, mit dem Bohrer, der durch einen an die städtische Zentrale angeschlossenen Elektromotor getrieben wurde, die angelegte Kieferhöhlenöffnung zu erweitern, bekam G. infolge mangelhafter Erdisolierung einen so heftigen elektrischen Schlag, daß der Arm zur Seite geschleudert wurde; wäre dies während des Bohrens geschehen, würden in der Mund- bezw. Kieferhöhle schwere Zerstörungen erfolgt sein. Es empfiehlt sich deshalb, in regelmäßigen Zwischenräumen den Motor einer Isolationsprüfung zu unterziehen und den eigenen Standort, sowie den des Pat. so zu wählen, daß hinreichender Widerstand vorhanden ist (Linoleum- oder Gummimatte).

Kramer (Glogau).

29) B. A. Georgijewski. Über Larynxdekubitus bei Intubation.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 41—45.)

G. verfügt über ein Material von 900 Fällen von Intubation; seit 1901 beobachtet er sie genauer und verarbeitet in seinem Aufsatz 212 Fälle; 75 davon sind geheilt, 137 starben (= 64,6%). Dekubitus an der typischen Stelle unten kam 1mal, oben 9mal, oben und unten 55mal vor; darunter wiesen 13 Fälle noch Druckgeschwüre an nicht typischen Stellen auf. Endlich kommen 2 Fälle, wo der Dekubitus nur an atypischer Stelle saß. Dekubitus ohne Entblößung des Knorpels wurde 28mal gefunden, mit Entblößung 15mal, mit Zerstörung des Knorpels 27mal — insgesamt 70 Sektionen; bei 28 Sektionen waren keine Druckgeschwüre vorhanden. Mehrere Photographien zeigen die Veränderungen im Kehlkopfe. G. läßt das Röhrchen nicht länger als 48 Stunden liegen; muß es wieder eingeführt werden, so entfernt es es von neuem nach 24 Stunden. Außerdem modifizierte G. die Tube; sein Modell ist fast identisch mit dem von Trumpp beschriebenen. Auch die O'Dwyer'schen Röhrchen wurden von ihm abgeändert (siehe die Abbildungen). — Unter den Symptomen des Geschwürs sah G. als frühes Blutbeimengung zum Speichel beim Ein- und Ausführen, als späte — das Aushusten des Röhrchens und Kehlkopfstenosen, endlich die Bildung perilaryngealer oder peritrachealer Abszesse; die übrigen Symptome sind unbeständig. — Ausführlich werden die Kehlkopfstenosen nach sekundärer Tracheotomie und Décanulement besprochen und eine Tabelle von 21 solchen Fällen aus der Literatur (darunter ein eigener) gebracht. G. hat fast gar keine sekundären Tracheotomien, daher auch nur zwei Kehlkopfstenosen.

G. stellt folgende Regeln auf: Jede Intubation, die länger als 36—48 Stunden dauert, erfordert besondere Aufmerksamkeit des Arztes. Muß darauf wieder intubiert werden, so nehme man eine 1—2 Nummern dünnere Tube, die mit Gelatine und Alumen bedeckt ist (G. nimmt eine 6%ige Lösung von Alumen in 20%iger

Gelatinelösung, die rascher als reine Gelatine erstarrt); dieses Röhrchen bleibt einen Tag lang liegen. Bei schwerer Diphtherie mit sekundärer Infektion, sowie bei sekundärer Stenose nach Masern entstehen die Geschwüre sehr früh; hier ist die maximale Dauer der Intubation wohl 40 Stunden, und die Frage von der Tracheotomie vollständig gerechtfertigt. Zeigen sich nach der Tracheotomie die Symptome einer Narbenstenose, so muß methodisch intubiert werden; sehr empfehlenswert ist das Verfahren von Bokay — prophylaktisch alle Fälle von Tracheotomie nach Décanulement zu intubieren, um rechtzeitig das Auftreten der Stenose zu erkennen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

30) **W. N. Rosanow.** Totale Laryngektomie und Resektion der Speiseröhre. Autoösophagoplastik.

(Chirurgie 1904. Januar. [Russisch.])

Pat., 56 Jahre alt, sehr kräftig, hat über 5 Monate lang ein Kehlkopfkarzinom, das starke Schmerzen verursacht und das Schlucken erschwert. Exstirpation des Kehlkopfes, wobei auch die vordere und linke Wand der Speiseröhre entfernt werden mußte. So blieb denn zuletzt vom Rachen oben die rechte und hintere Wand, von der Speiseröhre von oben bis unten zum Brustbein ein 1 cm breiter Streifen der rechten Wand zurück; die Länge des Defektes betrug 12—13 cm (s. Fig. 1). Nun wurde

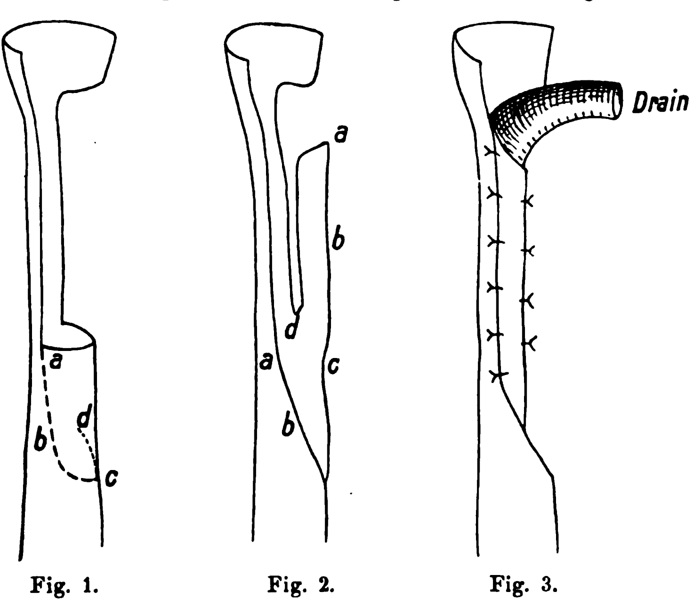


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

das untere Ende der Speiseröhre 5 cm weit nach oben hervorgezogen und ein ebenso langer Lappen aus der linken Seite derselben gebildet (Fig. 1, *abcd*); dieser Lappen wurde nach oben geklappt (Fig. 2) und durch Vernähung mit dem zurückgelassenen Streifen eine neue Speiseröhre gebildet (Fig. 3). Nur oben blieb eine Lücke unter dem Schlund zurück; durch dieselbe wurde eine Drainröhre in die Speiseröhre geleitet. Tamponade der Wunde oben und unten; die Rachenschleimhaut wurde am Drain mit der Haut seitlich am Halse vernäht, die Luftröhre in den unteren Wundwinkel eingenäht. Schluß der übrigen Hautwunde. Während der Operation waren mehrere Drüsen entfernt worden. — Nach 7 Tagen wurden die Nähte entfernt; 4 Wochen später Operation zum Schluß der Fistel, ohne Erfolg; doch schloß sich die Fistel spontan nach weiteren 6 Wochen. 5 Monate nach der Operation mußten mehrere Drüsen links am Hals entfernt werden. Pat. schluckt gut; die zweitgrößte Olive geht frei durch die Speiseröhre. — Im Öso-

phagoskop ist die Schleimhaut blaß, doch sieht man keine Geschwüre, keine Schwellung. **Gückel** (Kondal, Saratow).

31) **P. Freund.** Über eine Prothese für einen Teil des Ösophagus nach partieller Exstirpation des Larynx und Pharynxresektion.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 2.)

Verf. beschreibt eine Prothese, welche er für einen Pat. anwendete, dem Tietze eine partielle Kehlkopf- und Ösophagusresektion gemacht hatte. Da an einen plastischen Verschluß nicht gedacht werden konnte, konstruierte F. den Apparat, dessen nähere Beschreibung in der Originalarbeit nachgelesen werden mag, und der in in der relativ kurzen Zeit, die der Kranke noch verlebte, seine Gebrauchsfähigkeit erwies. Prinzipiell ist die Tatsache wichtig, daß es gelang, durch eine Prothese einen so großen Defekt der Speiseröhre zu ersetzen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

32) **B. Rosenbaum.** Fremdkörper im Ösophagus und ihre Entfernung.

Inaug.-Diss., Breslau, 1903.

R. berichtet über zwölf von 1890—1902 in der Breslauer chirurgischen Klinik beobachtete Fälle von Fremdkörpern in der Speiseröhre. Er hebt die Unsicherheit der Sonden- und Röntgenuntersuchung hervor, empfiehlt für letztere die Halbseitenlage nach Wilms und erklärt mit Gottstein die Ösophagoskopie als souveränes Mittel für die Diagnostik und Extraktion der Fremdkörper. So glänzend die Erfolge dieser Behandlungsart auch sind, immer führten sie, wie auch die Breslauer Erfahrungen lehren, nicht zum Ziel, und der Chirurg mußte operativ eingreifen.

Die Indikationen für die einzelnen blutigen Eingriffe werden angeführt, als deren ultima ratio die Oesophagotomia thoracica zu gelten hat, von der unter den zwölf Krankengeschichten ein Fall mit tödlichem Ausgang 9 Tage nach Freilegung, 1 Tag nach Eröffnung der Speiseröhre ohne positiven Autopsiebefund für den Tod angeführt wird. Auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen empfiehlt Verf. als Ort der Wahl für diesen Eingriff, oberhalb der Bifurkation links, in der Höhe des 5.—6. Brustwirbels rechts, von da abwärts sowohl rechts wie links von der Wirbelsäule einzugehen. Stets hat die Gastrotomie vorherzugehen.

Müller (Dresden).

33) **G. Kelling.** Über Erweiterung der Speiseröhre ohne Stenose der Cardia.

(Archiv für Verdauungskrankheiten usw. Bd. IX.)

K. spricht sich in seiner Abhandlung gegen die Theorie des Cardiospasmus »als allgemein gültige Ursache der spindelförmigen Erweiterung der Speiseröhre« aus. An der Hand von zwei Fällen, von denen bei dem einen, zur Autopsie gelangten, mikroskopische Messungen der Speiseröhrenwand vorgenommen wurden, glaubt sich Verf. dahin äußern zu können, daß die Erkrankung der Speiseröhre durch Atrophie ihrer Längsmuskulatur hervorgerufen sei, bedingt durch Degeneration der entsprechenden Vagusfasern. Beide Pat. hatten Diphtherie durchgemacht. Die beste Behandlung ist die mittels Prothesen. Verf. hat eine besondere konstruiert und beschreibt sie. **Müller** (Dresden).

34) **A. J. Burzewa.** Über Pleuraendotheliom und seine Histogenese.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 42 u. 43.)

Der 41 Jahre alte Pat., dem wegen serösen Pleuraexsudates mehrere Punktionen gemacht worden waren, starb nach 3 Jahre lang dauernder Krankheit. Die Sektion zeigte Endotheliom der linken Pleura, das Metastasen in der Lunge sowie im hinteren Mediastinum setzte. Pleura diffus verdickt, stellenweise mit vortretenden Knoten. Die Geschwulst bestand aus Gruppen epithelioider Zellen ohne

extrazelluläre Produkte. Sie füllte die Lymphgefäße und -spalten mit proliferierten Endothelzellen aus. Die Entstehung aus dem Endothel wurde durch zahlreiche Übergangsformen von letzterem zu ausgeprägten Geschwulstzellen bewiesen (siehe Zeichnungen). Nur selten fand man Gruppen von Geschwulstzellen, die in Lymphspalten mit normalem Endothel hineingewachsen waren; meist konnte man feststellen, daß die Endothelzellen zur Neubildung entarten. Auch die platten Bindegewebszellen, das Perithel der Blutgefäße und zum Teil das Endothel der perineuralen Räume bildeten Ausgangspunkte der Geschwulst. Das Endothel der Pleuraoberfläche, sowie das Endothel der Blutgefäße beteiligte sich nicht an der Neubildung. Die Geschwulst stellt nach Verf. keine entzündliche, sondern eine wahre Neubildung dar. **Gückel** (Kondal, Saratow).

35) **Stude.** Ein Fall von tödlich verlaufener Stichverletzung des Herzens.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1904. Hft. 1.)

Ein Musketier stieß sich mit aller Gewalt ein spitzes Brotmesser in die linke Brust. 1¾ Stunden nach den Vorfalle traf der Verletzte im Lazarett ein, Puls 80—120, fadenförmig; beim Entfernen des draußen in die Wunde eingeführten Tampons stoßweises Hervorspritzen dunkelroten Blutes. Da nach dem Sitze der äußeren Wunde und dem Kranksbilde eine Verletzung des Herzens angenommen werden mußte, und der Verwunde sicher dem Verblutungstod entgegenging, Freilegung des Herzens mittels Rydygier's Schnittführung (Querschnitt quer über das Brustbein, äußerer Schnitt über 3., 4. und 5. Rippe nach außen von der Knorpel-Knochengrenze). Nach Zurückpräparieren des Haut-, Knochen- und Knorpellappens Eintreten von Pneumothorax. In der linken Herzkammerwand eine 1 cm lange, schlitzförmige Wunde. Herzbeutel und Herzmuskulatur durch eine Seidennaht gefaßt und Vereinigung der Wunde. Die Blutung stand sofort. Tod noch während die äußere Wunde genäht wurde, wahrscheinlich bedingt durch den Pneumothorax. **Herhold** (Altona).

36) **L. O. Stratiewski.** Ein Fall von innerer Blutung aus einem Tumor der vorderen Bauchwand, der Perityphlitis vortäuschte.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 19.)

Pat., 36 Jahre alt, bot die typischen Symptome einer rezidivierenden Appendicitis: Schmerzhaftigkeit in der Ileocoecalgegend, peritoneale Reizung, Exsudat, vor einigen Wochen ein ähnlicher Anfall. Bei der Operation fand man aber eine faustgroße gestielte Geschwulst der vorderen Bauchwand; der Stiel war um 180° gedreht, die Geschwulst geplatzt und im Bauch viel Blut. Abtragung der Geschwulst, Heilung. — Mikroskopischer Befund: Alveolärsarkom, ausgegangen vom Endothel der subperitonealen Lymphgefäße; beim Wachsen drängte die Geschwulst den Urachus vor sich her und letzterer zog strangartig über die Geschwulst in adenomatösem Zustande. **Gückel** (Kondal, Saratow).

37) **Brousse.** Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu (Revolver caliber 12). Laparotomie. Décès.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1904. Nr. 2.)

Die Einschußöffnung saß in dem vorliegenden Falle 6 cm unterhalb der falschen Rippen im linken Hypochondrium, die Ausschußöffnung 1 cm unterhalb und nach rechts vom rechten äußeren Leistenringe. Das Befinden des Verletzten war bei der 2 Stunden nach der Verletzung stattgefundenen Aufnahme ins Hospital gut, obwohl gleich eine bretthart Spannung der Bauchdecken auffiel. Vom 2. Tag an Erbrechen und leichte Temperaturerhöhung, am 3. Tage nahm das Erbrechen kotigen Charakter an. Am 4. Tage Laparotomie; es bestand bereits Bauchfellentzündung, ein 6 mm im Durchmesser großes Loch einer Dünndarmschlinge wurde nach Anfrischung der Wundränder vernäht. Weitere Verletzungen wurden nicht

gefunden. Reinigung und Schluß der Bauchhöhle bis auf eine im unteren Winkel für den Tampon bestimmte Öffnung. Tod am nächsten Tage. Bei der Autopsie wurde außer der eitrigen Bauchfellentzündung noch ein 2. Loch in einer anderen Dünndarmschlinge angetroffen. Verf. gibt am Schluß selbst zu, daß eine frühzeitigere Operation den Mann hätte retten können. **Herhold** (Altona).

38) **B. K. Finkelstein.** Ein Fall von rechtsseitigem subphrenischem intraperitonealem Abszeß traumatischen Ursprunges.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 44.)

Der 28 Jahre alte Pat. stürzte vor 14 Monaten 6 m tief herab und fiel auf die rechte Seite. 3 Monate lang konnte er das Bett nicht verlassen. Vor 3 Monaten wurden die Schmerzen in der rechten Seite stärker, vor 2 Monaten wurde Blut und viel Eiter ausgehustet; die Eiterentleerung dauert bis jetzt, Pat. wird immer schwächer. Diagnose: Leberruptur (oder Ruptur der Glisson'schen Kapsel), Blutung, Vereiterung. Inzision des subphrenischen Abszesses, sofortige Besserung und Heilung nach 3 Wochen.

Die traumatischen Abszesse sind unter dem Zwerchfelle sehr selten. F. fand nur 23 unter 252 von ihm verarbeiteten Fällen; Grüneisen sah unter 60 Fällen aus Körte's Klinik keinen einzigen nach Trauma entstandenen.

Gückel (Kondal, Saratow).

39) **Guinard.** Cancer du sein, traitement par la castration ovarienne.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 3.)

Eine 45jährige Frau hatte gleichzeitig einen Brustkrebs mit Axillardrüsen und ein großes Fibrom des Uterus. Nachdem das Fibrom samt den Adnexen exstirpiert war, schwanden die Achseldrüsen, und die Neubildung nahm so beträchtlich an Umfang ab, daß G. an der Richtigkeit seiner Diagnose zweifelte. Er exstirpierte darauf ein Stück und konnte die mikroskopische Diagnose auf Karzinom stellen.

G. enthält sich ausdrücklich jeglicher Schlußfolgerungen. (Übrigens ist in dem Bericht nicht gesagt, daß die Geschwulst völlig geschrumpft und resorbiert wäre. Ref.) **V. E. Mertens** (Breslau).

40 **Leppmann** (Berlin). Zur Kenntnis der sog. »harten, traumatischen Ödeme«.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1904. Nr. 2.)

Ein 50jähriger Kutscher erlitt einen Schlag gegen die rechte Hand durch die Deichsel. Anfänglich wurde eine Weichteilquetschung mit Druckschmerz an den Mittelhandknochen festgestellt. Nach einem halben Jahr etwa fand sich eine Anschwellung, die sich über die Finger erstreckte und nach oben hin allmählich am Unterarme verlor. Die Haut über den deutlich verdickten Weichteilen ließ sich nur in plumpen Falten abheben von der knöchernen Unterlage, am Handrücken war sie einigermaßen eindrückbar. Die Beweglichkeit der Finger war sehr behindert. Untersuchung mit Röntgenstrahlen ergab negativen Befund. Besonderes Interesse hat der Fall deshalb, weil zwischendurch infolge der herabgesetzten Sensibilität auch die Diagnose auf ein Nervenleiden gestellt worden war. (Ob man diesen Fall unter das Bild des sog. traumatischen Ödems im Sinne Vulliet's rechnen kann, erscheint mir zweifelhaft; denn Bilder, wie das vorliegende, sieht man auch nach anderen Ursachen, wie z. B. geringfügigen phlegmonösen Prozessen an der Hand, und zwar dauernd zurückbleiben.) **Bähr** (Hannover).

41) **Grünbaum.** Über das »harte, traumatische Ödem« des Handrückens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 51.)

In der Monatsschrift für Unfallheilkunde 1903 Nr. 2 hatte ich über zwei Fälle dieser zuerst von Sekrétan beschriebenen Erkrankung berichtet. G. hat unter

etwa 1500 Unfallverletzten drei weitere derartige Fälle gesehen und bestätigt das von Sekrétan und mir entworfene Krankheitsbild. Die Ursache der Erkrankung ist ein gut lokalisiertes Trauma oder Fall auf die dorsalflektierte Hand. Neben der bald nach dem Trauma einsetzenden, jedoch nur auf dem Handrücken beschränkten Schwellung finden sich mehr oder weniger ausgedehnte Sugillationen und Ekchymosenbildung. Die Schwellung wird trotz aller Therapie immer derber und fester, so fest, daß z. B. ein Fingerdruck nicht stehen bleibt. Die Haut über der Schwellung zeigt verschiedene Zeichen der Atrophie, der Schweißsekretion. Die Knochen erweisen sich im Röntgenbild unverletzt, jedoch erscheinen sie viel durchsichtiger (Halisterese). Die Schwellung ist äußerst hartnäckig gegen jede Behandlung, verschlimmert sich sogar bei Massage usw. G. hat von Thiosinamineinspritzungen (im ganzen 32) Besserung gesehen; daneben Heißwasserbäder und passive Bewegungen. **Borchard** (Posen).

42) **Joachimsthal** (Berlin). Isolierte Lähmung des linken Glutaeus medius und minimus als Unfallsfolge.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1903. Nr. 5.)

Ein 43jähriger Pat. erhielt einen Hufschlag gegen den großen Rollhügel. Nach $1/2$ Jahre war das Gehen wesentlich behindert und nur unter Schmerzen möglich. Der Gang zeigte dabei auffallende Ähnlichkeit mit demjenigen der Pat. bei der angeborenen Hüftverrenkung, und war bereits von verschiedenen Gutachtern die Vermutung ausgesprochen worden, daß eine solche vorliege. Nach dem anatomischen Befunde, sowie nach dem Röntgenbilde war jedoch eine solche auszuschließen. Während bei der Untersuchung im Liegen nichts Pathologisches nachzuweisen war, konnte Pat. nur mit größter Anstrengung auf dem verletzten Beine stehen. Er vermochte nicht, auf demselben stehend, das Becken in der Horizontalen zu halten, dasselbe sank vielmehr nach der Seite des erhobenen Beines tief nach abwärts und der Oberkörper zur Erhaltung des Gleichgewichtes nach der Standseite zu hinüber. Dem entsprechend zeigte sich beim Gehen das Trendelenburg'sche Symptom. Da eine Hüftverrenkung, sowie eine Coxa vara auszuschließen war, so konnte es sich nur um eine Lähmung der beiden Muskeln handeln.

Bähr (Hannover).

43) **Isambert et Petit.** Blessure de l'artère fémorale gauche par une pointe de couteau. Aneurysme faux consécutif. Ligature. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1904. Nr. 2.)

Die durch ein Brodmesser hervorgerufene, 1 cm lange, schmale Stichwunde hatte am linken Oberschenkel ihren Sitz im Scarpa'schen Dreieck, etwas nach außen von dem Wege der großen Gefäße. Die Blutung konnte durch einen Kompressionsverband gestillt werden, nach 4 Tagen hatte sich jedoch eine pulsierende Anschwellung von Walnußgröße über den großen Gefäßen gebildet. 10 Tage nach der Verletzung wurde, ohne daß die Esmarch'sche Binde angelegt war, vorsichtig auf die Geschwulst eingeschnitten. Nach Entfernung der Blutgerinnsel fand sich eine $1/2$ cm lange Öffnung in der Art. femoralis dort, wo die Art. profunda abgeht. Zunächst temporäre Anlegung von Arterienpinzetten, dann doppelte Unterbindung der Art. femoralis und der Art. profunda. Ausgang in Heilung ohne schädliche Folgen.

Verf. weist am Schlusse darauf hin, daß man bei solchen Beinoperationen, in welchen eine nachfolgende Gangrän nicht auszuschließen ist, nach der Operation das ganze Bein mit einer elastischen Binde zirkulär einwickeln und dann diese Binde gleich wieder abnehmen solle. Durch die momentane Blutleere des Beines soll ein Impuls auf die Kollateralen ausgeübt werden, die sich nach Abnahme der Binde stärker füllen. Diese temporäre Einwicklung wird gegebenen Falles am Tage mehrmals zu wiederholen sein. **Herhold** (Altona).

44) **Gibson.** Embolic gangrene of the leg as a sequel of acute lobar pneumonia.

(Annals of surgery 1903. September.)

Verf. beobachtete in drei Fällen Brand des Unterschenkels im Anschluß an eine kruppöse Lungenentzündung. Die zur Amputation führende Gangrän trat in den drei Fällen am 15., 11. und 12. Tage nach dem Abfall des Fiebers ein; das verstopfende Gerinnsel saß zweimal in der A. poplitea, einmal im oberen Drittel der A. tibialis. Obwohl der eine Pat. bereits 67 und ein anderer 61 Jahre alt war — der dritte war 33 Jahre —, glaubt G., daß es sich nicht um eine Thrombose infolge seniler Veränderungen des Arterienrohrs, sondern um eine akute Embolie gehandelt hat. Für diese letztere Ansicht führt er das akute Einsetzen der zur Gangrän führenden Erscheinungen und den Umstand an, daß das Blutgerinnsel nur eine kurze Strecke der Gefäßwand verstopfte. Da weder am Herzen noch an den Blutgefäßen klinisch krankhafte Veränderungen nachzuweisen waren, ist nach Verf. die Annahme berechtigt, daß diese Embolie aus den mit Gerinnsel angefüllten Kapillaren der erkrankten Lunge stammen.

Die Amputation soll ausgeführt werden, sobald es der Zustand der Lunge erlaubt.

Herhold (Altona).

45) **Aronheim** (Gevelsberg). Beitrag zur Behandlung der subkutanen Ruptur des Musc. extensor cruris quadriceps.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1903. Nr. 10.)

Ein 21jähriges Mädchen glitt auf der letzten Stufe der Treppe aus und stürzte auf das Pflaster. Dabei lag das rechte Bein flektiert unter dem linken. Tiefstand der Kniescheibe, Verbreiterung der Kniegelenksgegend. 3 cm über der Kniescheibe eine Querfurche mit einer zwei Querfinger breiten Diastase unter der Haut und eine faustgroße Muskelgeschwulst. Diagnose: Subkutaner partieller Riß des Quadriceps. Die Behandlung bestand in Eisbeutel, Streckverband und späterer Massage mit dem Resultate, daß das Kniegelenk nach 5½ Wochen gut gestreckt und bis zu einem Winkel von 60° (?) gestreckt werden konnte.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß die hier angewendete Behandlung der partiellen Rupturen der Naht vorzuziehen sei.

Bähr (Hannover).

46) **A. Borchard.** Zur Behandlung der subkutanen Verletzungen des Kniestreckapparates.

(Sonderabdruck aus der »Festschrift zum 25jährigen Jubiläum des Ärztevereins.«) Jauer, **O. Hellmann,** 1903.

Nach einer eingehenden Übersicht, die B. über die Therapie des Kniescheibenbruches gibt, berichtet er über fünf von ihm operativ behandelte Fälle. Dreimal hatte er Gelegenheit, die Operation alsbald nach der Verletzung auszuführen; bei diesen Pat. erzielte er ideale Heilung. In seinem vierten Falle waren seit der Verletzung bereits 6 Wochen vergangen, die Fragmente ließen sich daher bei der Operation nur mühsam aneinander bringen. Nach 4 Wochen, als alles bereits fest verheilt war, wurde mit Massage und vorsichtigen passiven Bewegungen begonnen, wobei die Kniescheibe von neuem zerbrach. Unter Massagebehandlung wurde nach weiteren 3 Wochen zwar eine feste Vereinigung der Bruchenden erreicht, die Funktion blieb jedoch, besonders für die Beugung des Gelenkes, gestört. Der fünfte Kranke kam erst nach 9 Wochen in B.'s Behandlung mit einer Diastase, in die man zwei Finger bequem hineinlegen konnte. Hier stellte sich die Funktion wenigstens insoweit wieder her, als der Verletzte das Bein bis zum rechten Winkel beugen und als landwirtschaftlicher Arbeiter wieder tätig sein konnte.

Ferner operierte B. zwei Verletzte, bei denen subkutan die Quadricepssehne durchrissen war. Im ersten Falle handelte es sich um eine quere Zerreißung der Sehne des M. rectus femoris drei Querfinger oberhalb der Kniescheibe; dieser Pat. — ein Diabetiker — starb plötzlich an einer Lungenembolie. Im zweiten

Falle lag eine quere Zerreißung des Lig. patellae vor; 2 Monate nach der Operation war die Funktion des Beines wieder vollkommen hergestellt.

Sultan (Rixdorf b. Berlin).

47) E. v. Bergmann. Aktinomykose oder Osteomyelitis des Oberschenkels?

(Berliner klin. Wochenschrift 1904. Nr. 1.)

Der mitgeteilte Fall liefert einen neuen Beweis für die Möglichkeit der Invasion des Aktinomycespilzes durch die äußere Haut nach Kontinuitätstrennung und verdient auch in diagnostischer Beziehung besonderes Interesse, weshalb eine ausführlichere Wiedergabe geboten erscheint.

Der früher gesunde, 29jährige Pat. erhielt 1898 einen Hufschlag gegen die linke Kniegegend, durch welchen eine oberflächliche und eine tiefere Wunde oberhalb der Kniescheibe gesetzt wurde, welche erst nach 3 Wochen unter Sublimatumschlägen heilten. Die Umgebung blieb jedoch geschwollen, und zwar so stark, daß das Bein kaum zum rechten Winkel gebeugt werden konnte. Allmählich ging die Schwellung an der Innenseite des Oberschenkels herauf, erst später stellten sich Schmerzen ein. Im Dezember 1902 schwoll unter lebhaften Schmerzen der untere Abschnitt des linken Oberschenkels stärker an, desgleichen die Kniegegend. Obwohl trotz ärztlicher Behandlung keine Besserung eintrat, schonte sich Pat. nicht, wodurch Schwellung und Schmerzhaftigkeit zunahmen; auch bildete sich eine fleckförmige Rötung, die den Kranken veranlaßte, sich in Behandlung des Verf. zu begeben.

Befund: Zylindrische Form der ziemlich gleichmäßig geschwollenen unteren Hälfte des linken Oberschenkels. Konturen des Kniegelenkes verstrichen. Nach oben reicht die Schwellung bis fast zur Mitte des Oberschenkels; sie umgibt gleichmäßig den Knochen. Die Haut über dem Knie und im Gebiete der Geschwulst ist unverfärbt, nur an der Innenseite des Oberschenkels eine 3—4 Finger breite Rötung; hier Haut nicht faltbar, deutliche Fluktuation. Beweglichkeit im Knie fast ganz aufgehoben. Die Schwellung liegt nachweisbar unterhalb der Muskulatur. Schlag auf die Fußsohle nicht schmerzhaft. Kein Fieber.

Differentialdiagnose: Gegen Osteomyelitis spricht das Fehlen akuter Erscheinungen im Beginn der Erkrankung, die späte Entwicklung des Abszesses, die fast fieberlose Entwicklung der Fluktuation. Gegen Sarkom spricht das Freibleiben der Muskulatur bei 5jährigem Bestande.

Anamnese: Klaffende, eiternde Wunde, durch Einbohren eines Hufeisenstollens in die Haut des Kranken, die langsame Heilung, der schmierige Belag des Grundes, auch der weitere Verlauf lassen an Aktinomykose denken.

Bei der am 10. Juli 1903 ausgeführten Operation fand man in der Fascie an der geröteten Partie dachförmige, von glasigen, gelbroten, wie ödematösen Granulationen gefüllte Lücken. Kein frei ausfließender Eiter. Auch unter der Fascie dieselbe gallertige Granulationsmasse, die zwischen und unter den Muskeln bis an den Knochen reichte. In den ausgelöffelten Granulationen fanden sich zahlreiche gelbe Körner, die gut entwickelte Drusen mit Strahlen, aber nur spärliche Kolben zeigten. Hier und da lag den Drusen etwas Eiter an, aus dem Staphylokokkus pyogenes aureus gezüchtet wurde. Es wurden noch einige Inzisionen wegen neuer Abszeßbildung notwendig, dann schnelle Heilung. **Langemak** (Erfurt).

48) O. Schaeffer (Heidelberg). Über Unterschenkelgangrän im primär afebrilen Wochenbette.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 45.)

Die Gangrän entwickelte sich bei der Pat. vom 19. Tage des Wochenbettes an, das afebril, aber mit steter leichter Erhöhung der Pulsfrequenz verlaufen war, und beschränkte sich auf die durch periphere Äste der Art. tibialis, besonders der Antica, versorgten Hautpartien des Fußes und der Muskeln des Unterschenkels, bei freier Durchgängigkeit der Stammgefäße. Gonorrhöe, schlechte Ernäh-

rung, Chlorose bei Hypotonie des Blutes und Phlebektasien des Unterschenkels, plötzlicher Einschub größerer Mengen wenig virulenter Kokken in die Blutbahn kamen in genetischer Hinsicht in Betracht. **Kramer** (Glogau).

49) **Lehmann** (Kempfeld). Ein Beitrag zur Kasuistik der Fersenbeinbrüche.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1903. Nr. 10.)

Einem 68jährigen Landmanne hatte ein vom Wagen fallender Fichtenstamm vor 5 Jahren einen Schlag dicht oberhalb der rechten Ferse versetzt. Davon war eine knotenförmige Verdickung über der Ferse zurückgeblieben, und konnte der Verletzte anstrengende Arbeit nicht mehr versehen. L. fand eine knotenförmige Verdickung über der Ansatzstelle der Achillessehne am Fersenbein und unterhalb eine leichte Abflachung neben verminderter Spannung der Achillessehne. Das Zustandekommen der Verletzung deutet L. derart, daß der Schlag gegen die Sehne diese gespannt und so eine Abrißfraktur ihres Sehnenansatzstückes herbeigeführt hat. **Bähr** (Hannover).

50) **Bertelsmann.** Ein Fall von Luxation des Fußes sub talo nach innen und hinten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 32.)

Pat. war beim Turnen (Riesenschwung) mit großer Gewalt mit der Spitze und Außenseite des rechten Fußes auf den Fußboden geschlagen. Der Fuß stand danach in starker Varusstellung; an der Außenseite sprang die Fibula stark vor, auf dem Fußrücken war das Talusköpfchen durchzufühlen. Die Ferse sprang nach hinten vor, der Vorfuß war verkürzt. Das Röntgenbild (stereoskopisch) zeigt eine Luxatio pedis sub talo nach innen und hinten ohne sonstige Komplikationen. Die Reposition gelang leicht. Bis jetzt existiert nur noch eine Beobachtung von Quénu. Dieselbe betraf einen veralteten Fall. **Borchard** (Posen).

51) **Freiberg.** Congenital luxation of the ankle.

(Annals of surgery 1903. Oktober.)

Fall von angeborener Verrenkung des Fußes nach außen bei einem 2jährigen Kinde. Wie das Röntgenbild zeigte, fehlte die Fibula nicht, sie war jedoch in ihrem unteren Teile sehr stark nach einwärts gebogen. Merkwürdig war, daß die Fibula verhältnismäßig dick und der äußere Knöchel höher als der innere war. Nach Verf. steht der Fall in ätiologischer Beziehung zu den Verrenkungen des Fußes bei defekter Fibula, und ist die hier angetroffene Verkrümmung der Fibula die Folge amniotischen Druckes und die Verrenkung des Fußes wieder eine Folge der Verkrümmung der Fibula. Eine supramalleoläre Osteotomie zur Beseitigung des Leidens wurde in dem beschriebenen Falle verweigert. **Herhold** (Altona).

52) **Tobold.** Zur Kasuistik der Mittelfußknochenbrüche.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1903. Hft. 9.)

T. berichtet über 1500 Fälle von Fußgeschwulst, in denen eine Untersuchung mit Röntgenstrahlen stattfand. Unter diesen 1500 Fällen konnten 67,3% krankhafter Veränderungen an den Knochen nachgewiesen werden, und zwar in 49,7% der Fälle frische Brüche und Einbrüche, in 5,7% alte Brüche, in 11,9% Knochenhautentzündungen. In 32,7% der Fälle war der Befund negativ. Es wurde bei der Untersuchung so verfahren, daß sogleich bei der Aufnahme des Mannes im Lazarett eine Röntgenaufnahme gemacht und, sobald dieselbe negativ war, eine solche nach 8—10 Tagen wiederholt wurde. (Nach des Ref. Ansicht ist es erforderlich für den Fall, daß auch die zweite Aufnahme negativ ausfällt, noch eine dritte Aufnahme nach 2—3 Wochen anzufertigen; es wird sich dann oft noch bei der dritten Aufnahme eine Knochenveränderung nachweisen lassen.) Betreffs der Beteiligung der Füße an den Mittelfußknochenbrüchen wurde festgestellt, daß der linke Fuß in 26,3% der Fälle, der rechte in 22,5% beteiligt war. Am häufigsten betroffen war der zweite linke, demnächst der zweite rechte, dann der dritte linke, endlich der dritte rechte Mittelfußknochen. Der Sitz des Bruches fand sich in

der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in der vorderen Hälfte der Mittelfußknochen, mitunter dicht an den Köpfchen. In 44,5% wurde als Ursache des Leidens Marschieren, in 8,7% Springen beim Turnen, in 7,1% Exerzieren, in 13,1% Umschlagen des Fußes, in 6,3% Treten in eine Vertiefung angegeben; bei 13,9% der Untersuchten war eine Entstehungsursache nicht feststellbar. Die Zahl der Behandlungstage betrug im Durchschnitt 25,6; fast alle Leute wurden wieder dienstfähig. So wurde z. B. von 210 an Mittelfußknochenbruch im Garnisonlazarett I Berlin Behandelten nur einer dienstunbrauchbar. Die Behandlung der vorliegenden Krankheit wurde verschieden gehandhabt: einige gipsen den Fuß ein, andere begnügen sich mit ruhiger Bettlage. Nach des Ref. Ansicht ist hierbei das einzig Maßgebende, daß ein Auftreten der Kranken während der ersten 14 Tage vermieden wird, z. B. durch Verabfolgung von Krücken an die im Bette liegenden Kranken für etwa notwendig werdendes Austreten. **Herhold** (Altona.)

53) **Kirmisson.** Déviation des pieds en varus, avec chevauchement des orteils et ulcérations trophiques, consécutives à un traumatisme ancien du rachis.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 6.)

Die Endfolgezustände alter Rückenmarksverletzungen pflegen meist der weiteren Beobachtung und Schilderung zu entgehen. K. ist in der Lage, bei einer 54jährigen Frau, welche 17 Jahre zuvor durch einen Sturz aus der Höhe wahrscheinlich einen Kreuzbeinstauchungsbruch, Bluterguß in den Wirbelkanal und Druck und Entzündung der Nerven der Cauda equina davongetragen hatte, über die weiteren trophischen Störungen berichten zu können. Zurzeit scheint keine Anästhesie mehr zu bestehen, das Wesentlichste ist der doppelseitige Klumpfuß, die Hammerstellung der Zehen, welche sich in den verschiedensten Stellungen übereinander lagern, die trophischen Störungen der Haut, Geschwüre usw. Diese Zehenstellungsabweichungen sind ein gutes Paradigma für die von K. immer hervorgehobene Lehrmeinung, daß es meist nicht mechanische Verhältnisse — Stiefeldruck u. dgl. — sind, welche diese Zehenstellungen hervorbringen, sondern konstitutionelle Übel, Rheuma, Alkoholismus, Nervenkrankheiten.

Herm. Frank (Berlin).

54) **J. C. Renton.** Case of flat-foot after operation by Ogston's method.

(Glasgow med. journ. 1903. Bd. LX. p. 426.)

Vorstellung eines erfolgreich nach Ogston (keilförmige Resektion des Talo-Naviculargelenkes, Erhebung des Fußgewölbes und Fixierung durch Stahlnagel) operierten Falles von doppelseitigem Plattfuß. **M. v. Brunn** (Tübingen).

55) **A. Exner.** Bemerkungen zur Kenntnis des Plattfußes.

(S.-A. aus Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Festschrift für Chrobak.) Wien, **A. Hölder,** 1903.

Verf. macht einige Bemerkungen über die Architekturverhältnisse des Knochenkammes am Taluskopfoval beim erworbenen Plattfuß. Er gibt ferner an, daß er unter 30 Fällen von Plattfuß dreimal eine bedeutende Knochenatrophie des ganzen Fußskelettes gefunden habe ohne ein Zeichen der fleckigen, entzündlichen Knochenatrophie. Letztere fehlte auch in den Fällen von traumatischem Plattfuß. In vier Fällen wurden vor und nach dem Redressement des Plattfußes in der Gussenbauer'schen Klinik Röntgenaufnahmen gemacht. Zweimal ließ sich eine Absprengung eines etwa erbsengroßen Stückes vom Os cuneiforme nachweisen.

J. Riedinger (Würzburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 14. **Beilage.** **1904.**

(Aus der königlichen chirurgischen Klinik zu Breslau. Geh.-Rat v. Mikulicz-Radecki.)

Bemerkungen zum Artikel der Herren Prof. Brauer und Prof. Petersen-Heidelberg: „Über eine wesentliche Vereinfachung der künstlichen Atmung nach Sauerbruch“.

Von

Dr. F. **Sauerbruch,**
wissenschaftlicher Assistent der Klinik.

Im Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 6 habe ich in einer kurzen vorläufigen Mitteilung über ein neues Verfahren berichtet, intra-thorakale Operationen ohne künstliche Atmung vorzunehmen. Es kam mir bei dieser kurzen vorläufigen Mitteilung nur darauf an, das Prinzip der Methode festzulegen; und ich wies am Schlusse bereits darauf hin, daß eine ausführliche Arbeit über die physiologischen Grundlagen demnächst erscheinen werde.

Inzwischen haben die Herren Brauer und Petersen schon eine wesentliche Vereinfachung des Verfahrens publiziert[1]. Diese beruht auf dem gleichen Prinzip der Druckdifferenz, wie die in meiner vorläufigen Mitteilung dargestellte; sie ist gewissermaßen eine Umkehrung derselben. Ich habe die Druckdifferenz unter pleuraler Druckverminderung, sie unter intrabronchialer Druckvermehrung hergestellt.

Der Gedanke an diese naheliegende, ja selbstverständliche Modifikation ist natürlich auch uns sehr bald gekommen und wohl allen, denen wir die Methode demonstriert haben. Außer Herrn Geh.-Rat v. Mikulicz dachten sofort an diese Möglichkeit eine Reihe Breslauer Kollegen, ferner Dr. Scudder (Boston) und vor einigen Tagen erst wieder Herr Ranzy, Assistent von v. Eiselsberg, welcher im Auftrage seines Chefs zur Besichtigung unserer Kammer nach Breslau kam. Eine besondere praktische Bedeutung legte auch Herr Geh.-Rat Filehne dieser Abänderung bei. In der Tat wurde am 17. Januar folgender Versuch vorgenommen:

Herr Geh.-Rat v. Mikulicz eröffnete unter Herrn Dr. Anschütz' und meiner Assistenz unter Überdruck die Pleurahöhle eines Hundes. Der Kopf des Tieres befand sich in der von mir angegebenen Abschlußvorrichtung im Kasten, der Körper draußen. Im Kasten wurde jetzt ein Überdruck von 10 mm Hg erzeugt, so daß die physiologische Druckdifferenz nach Eröffnung der Pleurahöhle beibehalten blieb. Das Tier atmete genau wie bei der ursprünglichen Methode ruhig weiter trotz seines doppelten Pneumothorax. Es ergab sich somit genau, was erwartet wurde, nämlich das ungestörte Weiteratmen bei völlig entfalteten Lungen trotz breiter Eröffnung beider Pleurahöhlen. Dagegen stellten sich andere Schwierigkeiten heraus. Herr Dr. Heile, der in dem Kasten die Narkose vornahm, empfand bereits nach 20 Minuten Beschwerden der Chloroformwirkung. Beim Öffnen der Kammer strömte uns ein so intensiver Geruch von Chloroform entgegen, daß wir einen längeren Aufenthalt in einem so kleinen Raume für ausgeschlossen hielten; so lange uns keine größere Kammer zur Verfügung stand, haben wir deshalb auf diese Form der Herstellung der physiologischen

---

[1] Über eine wesentliche Vereinfachung der künstlichen Atmung nach Sauerbruch. Zeitschrift für phys. Chemie Bd. XLI. Hft. 4.

Druckdifferenz verzichtet. Übrigens haben wir keineswegs damit unsere Erfahrungen über diese Umkehrung meiner Methode abgeschlossen: An einer Reihe von Tieren habe ich in derselben Weise wie Herr Prof. Petersen und Herr Prof. Brauer mit Tracheotomie, Überdruck und ähnlicher Einrichtung für die Narkose, den Wert dieser Umkehrung geprüft und unsere 14 cbm große Kammer, die Herr Geheimrat v. Mikulicz für die Klinik hat bauen lassen und die eben fertig geworden ist, ist eigens zu diesem doppelten Zwecke eingerichtet. Wir können mit Über- und Unterdruck operieren.

Wir haben den zahlreichen Besuchern unserer Klinik in den letzten Wochen die pneumatische Kammer mit allen Einrichtungen bereitwilligst gezeigt und die damit gemachten Erfahrungen sowie die Modifikationen der Methode mitgeteilt. Vielen unter ihnen, auch Herrn Prof. Petersen, haben wir ermöglicht, im Innern der Kammer an einer Operation teilzunehmen. Auf brieflichem Wege wurde uns sowohl von Herrn Prof. Petersen als Herrn Prof. Brauer mehrfach versichert, daß letzterer, ohne die von uns geübte Umkehrung für die Atmung zu kennen, selbständig auf meine vorläufige Mitteilung hin auf diese Idee gekommen ist. Wir stehen um so weniger an die Selbständigkeit der Idee von Herrn Prof. Brauer anzuerkennen, als ja, wie erwähnt, die meisten Kollegen die das Verfahren sahen, sofort denselben Einfall hatten. Es liegt uns heut nur daran, zu konstatieren, daß das Verfahren von uns längst geübt und an unserer Klinik bekannt war noch lange bevor die obige Publikation erschien.

Die Verwendung einer in die Trachea eingebundenen Kanüle zur Herstellung eines konstanten Überdruckes wurde von mir schon längst zu physiologischen Zwecken verwendet, wie in meiner ausführlichen Arbeit mitgeteilt wird. Für praktisch chirurgische Zwecke kam es uns aber gerade darauf an, diese Komplikation zu umgehen. Ich habe auf diese Form der Versuchsanordnung um so weniger Gewicht gelegt, als sie ja die Voraussetzung für die künstliche Atmung ist, welche die Physiologen seit langem bei Eröffnung der Brusthöhle verwenden.

Originell an dem Verfahren von Brauer und Petersen ist die Idee, den Überdruck anstatt wie wir es getan, durch eine exakt

arbeitende Pumpe, durch eine Sauerstoffbombe zu erzeugen. Wieweit diese Modifikation in der Praxis den Vorzug verdienen wird, werden weitere Erfahrungen lehren, und wir möchten uns daher heute noch jedes Urteils darüber enthalten.

In meiner ausführlichen Arbeit bin ich auf den Wert der Umkehrung, wie er sich auf Grund meiner Experimente darstellt, näher eingegangen. Ich verweise darauf.

In der letzten Zeit haben wir unseren Besuchern auch ohne Rückhalt über unsere chirurgischen Erfahrungen in meiner Kammer und die daran geknüpften Hoffnungen für die Zukunft der Thoraxchirurgie Mitteilung gemacht. Daß hierbei neben der Chirurgie des Ösophagus, operative Eingriffe an den Lungen, dem Herzen, dem Zwerchfell und der Wirbelsäule eine Hauptrolle spielen, ist selbstverständlich.

Ausdrücklich möchte ich an dieser Stelle noch feststellen, daß das Überdruckverfahren auch für Operationen an Organen mit physiologischem Überdruck anwendbar ist. Hier kommen in erster Linie Hirn und Auge in Betracht. Für ersteres habe ich schon eine Reihe von Versuchen in meiner Kammer gemacht, die noch nicht abgeschlossen und deren Resultate noch nicht spruchreif sind. Sie können, wie ich glaube, von großer praktischer Bedeutung werden; mit Versuchen über Ausgleich des intraokularen Druckes ist Herr Dr. Harms von der hiesigen Universitäts-Augenklinik seit Mitte Januar beschäftigt. Daneben eignet sich dieses Verfahren auch zur Stillung parenchymatöser Blutungen.

Zum Schlusse möchte ich bemerken, daß in der großen Operationskammer der chirurgischen Klinik Fürsorge getroffen ist, daß der Rest des Körpers genau wie der Kopf, unter atmosphärischem Druck steht, so daß nur der Thorax dem Überdruck ausgesetzt ist, d. h. die Kammer ist weiter nichts, wie eine vergrößerte Pleurahöhle.

Breslau, den 26. März 1904.

Entgegnung.

Von

Prof. Brauer.

Den vorstehenden Ausführungen habe ich zur Sache folgendes hinzuzufügen:

Petersen hat mich auf die Mitteilung Sauerbruch's im Zentralblatt für Chirurgie aufmerksam gemacht und mir die Versuchsanordnung, wie er sie in Breslau gesehen hat, geschildert. Es stimmte diese Schilderung und die ganze Auffassung, die Petersen von dem Sauerbruch'schen Verfahren hatte, durchaus mit demjenigen überein, was sich in der Zentralblattmitteilung findet. Im Nachdenken über die Sauerbruch'sche Idee kam ich dann selbständig auf die von mir in der oben genannten Publikation geschilderte Abänderung. Petersen, dem ich davon sofort Mitteilung machte, erklärte mir mehrfach, und es ist dies in größerem Kreise besprochen worden, es sei zweifellos unrichtig, die Pneumothoraxfolgen nach Art dieser Modifikation verhüten zu wollen, denn wenn die Sache so einfach wäre, würden die Herren in Breslau es doch selber so machen; dort aber habe er nichts von einem derartigen Vorgehen gesehen oder gehört.

Ich hielt daher nach dem, was ich sah und hörte, die einfache Modifikation für durchaus originell. Dieselbe unterscheidet sich von demjenigen, was Sauerbruch in seiner Mitteilung brachte, erstens durch die Form der Druckanwendung, zweitens hauptsächlich durch die Umgehung der pneumatischen Kammer.

Nachdem diese Modifikation, welche jetzt durch den Instrumentenmacher in einfachster Weise den verschiedensten Zwecken angepaßt werden kann, als richtig erprobt war, mußte es für alle weiteren theoretischen Untersuchungen und praktisch auszuführenden Operationen nur von Vorteil sein, wenn es recht bald, bevor weitere Kreise zur Anschaffung der pneumatischen Kammer schritten, bekannt wurde, daß sich die Idee auf diese einfache und wenig kostspielige Weise ausführen ließe. Es bedeutet dieses meines Erachtens für den Chirurgen die Vermeidung eines großen Umweges

und für den experimentellen Pathologen zunächst wohl die einzige Möglichkeit, den Sauerbruch'schen Gedanken praktisch zu verwenden. Ich glaubte, daß der Hinweis auf die praktische Bedeutung dieser Modifikation schon vor dem Chirurgenkongreß viel loyaler sei, denn eine Mitteilung derselben erst an jener Stelle. Bedeutet die Modifikation und die Auffassung, die ich derselben entgegenbringe, einen wirklichen Fortschritt und sollte es hierdurch möglich sein, auch außerhalb der großen Kliniken, was ich bestimmt hoffe, den grundlegenden Sauerbruch'schen Gedanken zu benutzen, so mußte die Mitteilung derselben nach genügender Erprobung möglichst bald erfolgen. Auch heute noch bin ich der festen Überzeugung, daß dieses Ziel durch die rechtzeitige Mitteilung der Modifikation erreicht wurde und ich hoffe im Interesse der Sache, daß auf dem bevorstehenden Chirurgenkongreß auch das Vorgehen ohne Anwendung der großen und kostspieligen pneumatischen Kammer breiteste Berücksichtigung finden möge, und daß das Verfahren auf diese Weise gleich von Beginn an in einer Form erscheint, die der ausgedehntesten Anwendung förderlich ist.

Die Stellung der Modifikation zu der grundlegenden Sauerbruch'schen Idee, sowie zu dessen praktischem Vorgehen brachte ich außer durch die Fassung der Publikation auch noch dadurch zum Ausdrucke, daß ich den Separatabdruck Herrn Dr. Sauerbruch mit den Worten übersandte, »es möge diese kleine Modifikation, dem Sauerbruch'schen Gedanken und den, Sauerbruch'schen Operationen, förderlich sein«.

Die von Herrn Dr. Sauerbruch in Aussicht gestellte ausführliche Publikation der physiologischen Grundlagen seines Vorgehens habe ich, wie aus der Arbeit ersichtlich, ausdrücklich respektiert. Daß in dieser in Aussicht gestellten Publikation jenes praktisch, so wichtige Vorgehen, wie ich es schilderte, enthalten sein sollte, konnte ich nach allem, was mir bekannt war, nicht vermuten.

Aus den vorstehenden Ausführungen des Herrn Dr. Sauerbruch geht nun aber zweifellos hervor, daß derselbe die Idee des Überdruckverfahrens selbst konzipierte und bei seinen Tierversuchen in ähnlicher Anordnung wie ich und mit den Gesichtspunkten, die Herr Dr. Sauerbruch im vorstehenden bezeichnet, anwandte. Ich

stehe daher auch nicht an, ihm die Priorität in diesen Dingen zuzuerkennen.

Ich muß aber darauf bestehen, daß ich vollkommen unabhängig auf den Gedanken des Überdruckverfahrens gekommen bin, und daß ich nach Lage der Dinge durchaus berechtigt war, dasselbe zu publizieren. Dadurch, daß ich dasselbe dann in zielbewußter Weise zu einer Umgehung der pneumatischen Kammer verwandte, schuf ich Grundlagen, welche der praktischen Anwendung der Sauerbruch schen Idee sehr wesentlich förderlich sein werden und der Modifikation des Überdruckverfahrens besondere Ziele setzen.

Entgegnung.

Von

Prof. Petersen.

Meine Ansicht über das Verhältnis des ursprünglichen Sauerbruch'schen Verfahrens zu dem Überdruckverfahren, sowie über die relative chirurgische Wertigkeit der beiden Methoden kann ich erst auf dem in der nächsten Woche stattfindenden Chirurgenkongresse darlegen; ich müßte sonst den größten Teil meines für den Kongreß angemeldeten Vortrages »Über Operationen in der Brusthöhle« hier vorwegnehmen.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

// Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 15. **Sonnabend, den 16. April.** **1904.**

Inhalt:

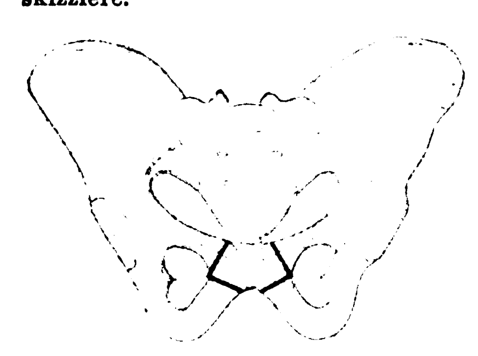
Die osteoplastische Symphysenresektion.

Von
Dr. O. Manz,
Privatdozent an der Universität in Freiburg.

In Heusner's Bericht über seine infrapubische Prostataoperation (Zentralbl. f. Chir. 1904 Nr. 8) wird auch die Möglichkeit gestreift, durch eine temporäre Resektion im Symphysengebiet einen breiten Zugang ins kleine Becken zu eröffnen. Indem dieser Hinweis eine Frage trifft, mit welcher ich bereits vor längerer Zeit

eingehender beschäftigt war, gibt er der folgenden Mitteilung, die ich unter anderen Umständen noch nicht für druckreif halten würde, Recht und Anlaß, schon jetzt hervorzutreten — natürlich ohne jede voreilige Prätension, nur im Sinne einer bescheidenen Anregung.

Angesichts der Ausrottung eines bösartigen Blasentumors, bei welcher ich meinen früheren Chef, Herrn Geh. Hofrat Prof. Kraske, trotz einer kombinierten, abdomino-vaginalen Freilegung mit ungemeinen Schwierigkeiten kämpfen sah, kam mir — schon vor ein paar Jahren — der Gedanke, ob man sich nicht Aufgaben solcher Art durch eine ausgiebige osteoplastische Voroperation wesentlich erleichtern könnte. Das Resultat meiner damaligen Überlegungen und Leichenversuche war eine Methode, welche ich im folgenden kurz skizziere.



Der Hautschnitt bildet im ganzen einen abwärts konvexen, flachen Bogen, dessen Scheitel aber in die obere Grenze der Penishaut übergeht und dadurch eine Einbiegung in entgegengesetztem Sinne erhält; die Endpunkte liegen beiderseits unterhalb und etwas nach außen vom Tuberculum pubic. Zweckmäßig befindet sich der Kranke zunächst in halbaufgerichteter Lage; der Penis ist — ohne Verziehung der Haut — gegen den Damm zu drängen. Während nun der Schutz des Samenstranges leicht, der Nervus obturatorius ungefährdet erscheint, muß bei der Abtrennung der Peniswurzel vom Knochen selbstredend behutsam vorgegangen werden. Ist die Kante des Schambogens erreicht, so wird ihre Scheitelpartie — auf eine Strecke von 3 bis 4 cm, nicht in der großen Ausdehnung, welche Heusner's infrapubische Operation verlangt — freigemacht, von hier aus beiderseits die Drahtsäge hinter dem absteigenden Schambeinaste hindurch nach dem innersten Punkte des Foramen obturatum geleitet und der Knochen durchtrennt. Dann hebelt das Elevatorium den Periostüberzug des horizontalen Schambeinastes einer Linie entsprechend, welche von dem bezeichneten Endpunkte der ersten Sägestrecke zur Außenseite des Tuberculum pubicum verläuft, ringsum ab; der — ebenfalls mit der Drahtsäge ausgeführte — Knochenschnitt erfolgt subperiostal. Wird nun die sechsseitige, von vier sauberen Sägeflächen, vom oberen und unteren Symphysenrande begrenzte, an ihrem breitbasigen Weichteilslappen hängende Knochenplatte nach oben geklappt, so liegt der Inhalt des kleinen Beckens so frei unter den Fingern des Operateurs, daß dieser sich kaum minder bequem, als an der Körperoberfläche, bewegen, die um-

fassendsten Exstirpationen an Blase, Prostata, Harnröhre — auch der Mastdarm, beim Weibe natürlich auch die Genitalorgane kommen in Betracht — in kürzester Zeit mit aller denkbaren Genauigkeit und Vollständigkeit auszuführen vermag. Schließlich wird der Haut-Knochenlappen wieder heruntergeschlagen, sein knöcherner Anteil durch vier Drahtnähte mit den Schambeinstümpfen vereinigt, der prävesikale Raum unter dem Schambogen hindurch drainiert, im übrigen die Haut genäht. Durch zweckmäßige Verbände und rationelle Lagerung hat die Nachbehandlung den Heilverlauf zu unterstützen.

Äußere Umstände, anderweitige Arbeiten traten seinerzeit der Fortsetzung meiner Versuche in den Weg: zu einem Abschlusse, zur Ausführung am Lebenden kam es nicht.

Gewisse Bedenken hinsichtlich der Heilungsmöglichkeit drängen sich zunächst ja auf, verlieren aber bei genauerer Prüfung sehr an Gewicht. Eine so vorsichtige Schonung der Weichteile, wie sie durch die empfohlene Schnittführung und durch die bequeme Verwendung der Drahtsäge ermöglicht wird, läßt auf eine dauernd ausreichende Ernährung des Symphysenlappens rechnen, und ebenso wirkt die Möglichkeit der infrapubischen Drainage nach anderer Richtung beruhigend[1].

Eine partielle osteoplastische Symphysenresektion, welche, mit einem relativ geringeren Raumgewinne zufrieden, den Zusammenhang des Beckeneinganges nicht unterbricht, wurde bereits vor längerer Zeit angegeben (v. Bramann). Heusner — in der angeführten Bemerkung — spricht von einer Durchmeißelung der beiden Schambeine senkrecht durch die Tubercula pubica, d. h. also, wenn ich ihn richtig verstehe, in zwei längsgerichteten Geraden, welche — annähernd parallel, bezw. nach unten konvergent — die ganze Höhe der Schoßfugenplatte durchziehen. Ich meinesteils bin einstweilen — bis einmal die Unterlage für ein bestimmteres Urteil gewonnen sein wird — der Meinung, daß in den meisten der Fälle, welche eine so ausgedehnte Freilegung wünschenswert machen, der oben entwickelte Operationsplan, der die Nachbarschaft der Foramina obturata ausnutzt, sich als der zweckdienlichste erweisen würde. Leicht auszuführen und auf möglichste Schonung der Weichteile angelegt, schafft er, trotzdem er auch der Skelettierung der Schambogenkante enge Grenzen setzt, gleichwohl einen Zugang, wie er freier kaum gewünscht werden kann.

---

[1] Im Bedürfnisfalle könnte diese Drainage noch durch eine zweite unterstützt werden, welche unmittelbar über der Symphyse durch ein zwischen den Rectusinsertionen angebrachtes Knopfloch einzuführen wäre.

---

1) **O. Manz.** Die chirurgischen Untersuchungsarten. Einführende Vorlesungen über allgemeine chirurgische Diagnostik. I. Teil.

Jena, **Gustav Fischer,** 1904. 322 S. 20 Fig. im Text.

In dem vorliegenden I. Teil behandelt Verf. »diejenigen Untersuchungsmethoden, welche ihren Angriffspunkt an der Außenfläche des Körpers haben«, im II. Teil sollen diejenigen folgen, »welche über Zustände der Innenfläche, d. h. des Innenraumes tiefliegender aber von außen zugänglicher, schleimhautüberkleideter Hohlorgane aufklären«. Zunächst wird die unverletzte Körperoberfläche in Angriff genommen und getreu dem Grundsatze: »erst sehen, dann fühlen« an erster Stelle alles das besprochen, was wir durch die Inspektion wahrzunehmen vermögen, an zweiter das, worüber die Palpation Aufklärung gibt; als Anhang dieses Hauptabschnittes wird die Messung besprochen. Im zweiten Hauptabschnitt werden die Läsionen abgehandelt, die gegebenen und die zu diagnostischen Zwecken gesetzten. Im einzelnen auf die Unterabteilungen der verschiedenen Abschnitte genauer einzugehen, kann nicht in den Rahmen dieses Referates fallen. Das praktisch Wichtige wird überall in der Darstellung besonders scharf herausgehoben, und aus der Angabe vieler kleiner Kunstgriffe und -kniffe erkennt man den Verf. als erfahrenen Praktiker. Nur will mirs scheinen, als ob durch die gewählte Darstellungsform — Vorlesungston — eine allzugroße Breite bedingt wäre, als ob manches hätte knapper, präziser gefaßt werden können, und ich fürchte, daß viele junge Mediziner, für die das Buch doch gerade geschrieben ist, sich durch den Umfang desselben von einem gründlichen Durcharbeiten werden abschrecken lassen.

Dettmer (Bromberg).

---

2) **E. F. Bashford** and **S. A. Murray.** The significance of the zoological distribution, the nature of the mitoses, and the transmissibility of cancer.

(Lancet 1904. Februar 13.)

Die Zusammenfassung der letztjährigen außerordentlich interessanten Resultate der Forschungen des Kommitees des Cancer research fund of London, von denen in dem kurzen Referate leider nur einige Punkte berührt werden können. Das Vorkommen von bösartigen Geschwülsten im Tierreich ist enorm häufig; je mehr Tiere man zu untersuchen in der Lage ist, desto öfter wird man solche Neubildungen finden. Die Hauptfaktoren für die Entstehung bösartiger Geschwülste müssen in den Kräften gesucht werden, die den Zellen innewohnen; nach den unendlich verschiedenen äußeren Verhältnissen, in welchen die verschiedenen Tierspezies leben, können diese äußeren Einflüsse keine entscheidende Rolle für die Entstehung spielen. Ein relativ häufigeres Auftreten des Karzinoms in höherem Alter ist auch bei Tieren augenscheinlich. Die Art der Zellteilung

in den bösartigen Geschwülsten bietet bemerkenswerte Besonderheiten; es zeigen sich bei der meist mitotischen Teilung zwei Formen: eine somatische Mitosenteilung, gleich der in den sonstigen Geweben des Körpers vorkommenden; und eine, mehr in den zentraleren Geschwulstpartien zu beobachtende heterotype Mitosenteilung, charaktesiert durch anders geformte und an Zahl geringere Chromosomen. Die somatischen Mitosen finden sich mehr in den Geschwulstzellen der Randpartien der Geschwülste, und sie scheinen für die Gewebsinvasion und die Metastasenbildung der bösartigen Geschwülste die alleinige verantwortliche Rolle zu spielen. Die Transplantation von Krebs ist bisher nur auf Tiere derselben Spezies gelungen; nach den Befunden ist sie absolut identisch mit der Metastasenbildung in ein und demselben Organismus. Die frühesten in transplantierten Geschwülsten beobachteten Zellteilungen haben den Charakter der somatischen Mitose, nicht den der heterotypen. Die Gewebe der neuen Wirte nehmen durchaus nicht an der Bildung des neuen Krebsparenchyms Teil, daher kann von einer Infektion keine Rede sein. Die Vermehrungs- und Neubildungsenergie der Krebszelle ist enorm. Bei 400 Transmissionen von Krebs auf Mäuse wurde aus der ursprünglichen Überimpfungsmasse eine Geschwulstmasse von insgesamt 16 Pfund geformt, ohne die geringste Beihilfe der eigenen Körperzellen der verschiedenen Wirte und ohne deutliche Abweichungen in der Struktur. — Eine Tabelle von 66 genau untersuchten Beobachtungen von bösartigen Geschwülsten bei den verschiedensten Tierarten ist in die Arbeit eingefügt. **H. Ebbinghaus** (Berlin).

---

3) **B. Honsell.** Über Unfälle durch landwirtschaftliche Maschinen und ihre Verhütung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 2.)

Aus dem reichen Materiale von Verletzungen durch landwirtschaftliche Maschinen, wie es in der Tübinger chirurgischen Klinik zur Behandlung kommt, hat Verf. die numerisch an erster Stelle stehenden Unfälle durch Futterschneidemaschinen zum Gegenstand einer eingehenden Erörterung gemacht. Von ärztlicher Seite auf die Bedeutung dieser Unfälle hinzuweisen, erscheint um so mehr geboten, als noch in vielen deutschen Bundesstaaten, so in Württemberg und Baden, die in landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen nicht denselben Schutz prophylaktischer Maßnahmen genießen wie die Arbeiter in Fabriken und gewerblichen Anlagen. Und doch sind gerade die Verletzungen durch landwirtschaftliche Maschinen ungemein häufig und nicht selten von so schwerer Art, daß die Kranken dauernd in ihrem Erwerbsleben geschädigt werden. So wurden im Verlaufe der letzten 4 Jahre in der Tübinger Klinik 176 Unfälle durch Futterschneidemaschinen behandelt. Davon waren 75 = 43% ausschließlich Weichteilverletzungen, 57 = 32% Knochen- und Gelenkverletzungen und 44 = 25% Amputationen und Exartiku-

lationen. Ging auch nur einer der Verletzten zugrunde, und zwar an Tetanusinfektion, so war doch der Grad der schließlich resultierenden Schädigung in vielen Fällen ein sehr hoher. Es hatten nämlich mindestens 38 der Verletzten den ungestörten Gebrauch eines Fingers, mindestens 36 denjenigen mehrerer Finger eingebüßt, 20 weitere waren um Hand, Arm oder Fuß gekommen. Die eigentliche Bedeutung der Unfälle durch Futterschneidemaschinen liegt aber trotzdem weder in der großen Häufigkeit noch auch in der Schwere der Verletzungen an sich, sondern darin, daß die Mehrzahl Kinder und junge Leute betrifft. Fast zwei Drittel der Verunglückten hatten noch nicht das 16. Lebensjahr vollendet; von diesen waren fast die Hälfte Schulkinder und ein Drittel stand noch unter dem schulpflichtigen Alter.

Angesichts dieser traurigen Verhältnisse betont Verf. die dringende Notwendigkeit, eine Einschränkung der Unfälle durch landwirtschaftliche Maschinen mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu erstreben. Eine wohl fraglos auf persönliches Quellenstudium gegründete eingehende Kenntnis des in Betracht kommenden Paragraphen der Unfallgesetzgebung, ferner der Bestimmungen einzelner Berufsgenossenschaften verschiedener deutscher Bundesstaaten und vor allem der Unfallverhütungsvorschriften, wie sie vom Reichsversicherungsamt ausgearbeitet wurden und auch von einzelnen Berufsgenossenschaften ausgiebig verwendet werden, ermöglicht es dem Verf., mit praktischen Vorschlägen hervorzutreten. Es würde sich um folgende Forderungen handeln: 1) Anbringung von Schutzvorrichtungen an gefährlichen Maschinenteilen, 2) Aufstellung der Maschinen an geeigneten Örtlichkeiten, wo keine Gefahr für Passanten besteht und der Betrieb bei genügender Beleuchtung erfolgen kann, 3) Verbot der Beschäftigung von Kindern an Maschinen.

Für die Möglichkeit der Durchführung dieser Forderung spricht einmal der Umstand, daß die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften befugt sind, im Umfange ihres Bezirkes Vorschriften zur Verhütung von Unfällen zu erlassen und die Tatsache, daß solche Vorschriften manchen Ortes bereits bestehen und in die Praxis übergegangen sind. **Blauel** (Tübingen).

---

4) **S. I. Georgescu.** Die Behandlung gegen den Biß wütender Wölfe.

Inaug.-Diss., Bukarest, 1903.

Diese unter der Leitung von Babes gemachte Arbeit führt G. zu folgenden Schlüssen. Die Bisse toller Wölfe sind als besonders schwer zu betrachten, da dieselben gewöhnlich sehr tief sind und meist am Kopfe sich befinden. Es wurde in der Behandlung das Prinzip der Serotherapie angewendet, indem das Blut und Serum immunisierter Tiere (Hunde, Esel, Pferde usw.) zur Anwendung kam. Mit dieser Methode wurde zum erstenmal im pathologisch-bakterio-

logischen Institut in Bukarest experimentiert. Es wurde außerdem gefunden, daß das Blut jener Personen, welche eine antirabische Kur durchgemacht haben, eine bedeutende vorbeugende Kraft habe und sogar stärker als die Pasteur'sche Behandlung wirke. Auf diese Weise konnte der Ausbruch der Krankheit bei den spät in Behandlung gekommenen um vieles seltener gemacht werden. Da aber immunisiertes Menschenblut nur schwer zu finden ist, hat Babes die Pasteur'sche Behandlung mit der Injektion der von ihm entdeckten rabischen Toxine kombiniert.

Diese Behandlung hat eine kräftigere und raschere Wirkung auf den Organismus, die Behandlungsdauer wird um vieles abgekürzt und die Sterblichkeit wurde auf Null reduziert. **E. Toff** (Braila).

---

5) **W. Coleman.** Intravenous injections of colloidal silver in the treatment of erysipelas.

(New York med. record 1903. November 21.)

C. empfiehlt die intravenösen Injektionen einer 1%igen wäßrigen Lösung von Colloidalsilber in Dosen von 5—10 ccm besonders bei Erysipelas. Sie könnten nie schaden, hätten aber nach den beigegebenen Kurven anscheinend sehr günstig auf den Temperaturverlauf gewirkt. **Loewenhardt** (Breslau).

---

6) **N. P. Krawkow.** Über Hedonal-Chloroformnarkose.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 48.)

K. stützt sich auf die Tierexperimente von Lompssakow, die beweisen, daß das Hedonal, innerlich gegeben, bei Tieren eine vollständige, Operationen zulassende Narkose hervorruft. Für den Menschen schlug er eine Kombination des Hedonals und Chloroforms vor. Die Methode wurde in Fedorow's Klinik, sowie von P. T. Sklifossowski und Bergman am Menschen in Anwendung gebracht und gab befriedigende Resultate. Eine Stunde vor der Operation bekommt Pat. 3,0 Hedonal innerlich; meist tritt darauf ruhiger Schlaf ein, seltener bloß Schläfrigkeit. Nun gibt man Chloroform, worauf eine ruhige, gute Narkose eintritt. Der Chloroformverbrauch ist gering; der Puls selbst nach lange dauernder (2—2$^1/_2$ Stunden) Operation voll und kräftig (dank der stimulierenden Wirkung des Hedonals); das Mittel selbst ungefährlich. Die Dosis — 3,0 — wird wohl in einigen Fällen bis 5,0 gesteigert werden müssen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

---

7) **Beck.** A simple method of treatment of hemangioma.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Dezember 26.)

B. führt eine fortlaufende Catgutnaht zickzackförmig abwechselnd unter der Haut und der Basis des Angioms her, so daß der Schlußpunkt der Naht mit dem Anfangspunkt wieder zusammenfällt. Die

Naht wird dann angezogen und geknotet. Die ganze Geschwulstmasse ist so unter der Haut von der fortlaufenden Naht umschnürt und von der Zirkulation abgeschlossen, während die Haut noch so viel Blut erhält, daß sie gut ernährt bleibt. Das Angiom fängt schon nach wenigen Tagen an zu schrumpfen. Bei sehr großen Geschwülsten der Art müssen die Nähte in mehreren Sitzungen angelegt event. auch noch die Hauptarterien vorher unterbunden werden.

Trapp (Bückeburg).

---

8) **H. E. Schmidt.** Die Entwicklung der Lichttherapie und ihre Bedeutung für die Behandlung der Hautleiden.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1904. Nr. 4.)

Verf., Assistent am kgl. Universitäts-Lichtinstitut zu Berlin, gibt dem Finsenapparat vor den billigeren Ersatzkonstruktionen von Bang, Lortet-Genoud, Strebel, Bellini unbedingt den Vorzug; annähernd das Gleiche leistet nur noch die von Finsen und Reyn angegebene Lampe zur Einzelbehandlung.

Die Vorteile der Finsentherapie beim Lupus sind: 1) Schmerzlosigkeit, 2) unerreichtes kosmetisches Resultat. Daß die Methode langwieriger sei als andere — abgesehen von der Exzision kleinerer Herde im gesunden — bestreitet S. ganz entschieden. Die Nachteile sind: 1) Kostspieligkeit der Anlage und des Betriebes, 2) Unmöglichkeit, die Schleimhäute — abgesehen von Lippen und Naseneingang — zu behandeln. Bezüglich der Rezidive scheint die Finsenbehandlung weitaus die günstigsten Resultate zu ergeben. Ihre Anwendung steht in erster Linie bei den Fällen, die wegen der Ausdehnung oder aus kosmetischen Gründen die Exstirpation nicht gestatten. Bei anderen Hauterkrankungen kommt sie wegen ihrer Kostspieligkeit und Umständlichkeit nicht in Frage.

Die Röntgenstrahlen hält Verf. wegen ihrer elektiven Wirkung auf Epithelien und epitheliale Gebilde hauptsächlich geeignet zur Behandlung 1) der sog. Haarkrankheiten (Hypertrichosis, Favus, Sykosis, Trichophytie), ferner der inveterierten Akne, chronischen Furunkulose der Nackengegend und besonders der Dermatitis papillaris capillitii; 2) der epithelialen Neubildungen (Warzen, Cancroide, inoperable Karzinome). Bei chronischen Ekzemen, Lupus vulgaris und erythematodes, sowie bei Sarkomen sind mehr oder weniger günstige Erfolge beobachtet. S. selbst sah bei 3 Fällen von Sarkomen (subkutanes Sarkom der rechten Unterkiefergegend, 2 Fälle von multiplen freiliegenden Hautsarkomen) trotz sehr energischer Röntgenbehandlung nicht die geringste Rückbildung. Bei ulzeriertem Brustkrebs erreichte er gänzliches Verschwinden der zum Teil über faustgroßen Geschwulst, bei subkutan gelegenen Karzinomen hat er bis jetzt eine deutliche Verkleinerung der Geschwulstmassen niemals feststellen können.

Die Radiumstrahlen haben wegen ihrer deletären Wirkung auf die Haut, welche zu torpiden Ulzerationen führen kann, sowie der

ungleichen Aktivität der verschiedenen Präparate vorläufig mehr wissenschaftliches Interesse als therapeutischen Wert.

Gutzeit (Neidenburg).

---

9) **G. Schrader.** Experimentelle Beiträge zur Kenntnis des Transsudationsvorganges am Bauchfell, sowie zur Kenntnis einiger klinisch wichtiger Eigenschaften des Glycerinum officinale.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 421.)

Bericht über im Laboratorium der Leipziger chirurgischen Poliklinik angestellte Kaninchenexperimente. Zunächst ist ermittelt, wie nach intraabdomineller Injektion verschiedener Flüssigkeiten, Traubenzucker-, Kochsalzlösung und Glyzerin, sich die peritoneale Transsudation gestaltet. Resultate: Traubenzucker und Kochsalz regen nur in hoher Konzentration Transsudation an, schwache Lösungen werden großenteils in kurzer Zeit resorbiert. Glyzerininjektion pflegt stets zur Transsudation anzuregen, und zwar proportional der injizierten Dosis. 6 ccm wirken auch bei kräftigen Tieren sicher. Werden mehr als 10 ccm injiziert, so tritt meist unter tonisch-klonischen Krämpfen Tod ein (toxische Glyzerinwirkung). Gleichzeitige subkutane Kochsalzlösungsinjektion bewirkte keine Vermehrung der durch das Glyzerin angeregten Transsudation, und ebenso blieb die Einführung steriler Fremdkörper in den Bauch (Wattebäuschchen, Streusand, Lykopodium, Pfeffer) hierauf ohne Einfluß.

Eine zweite Gruppe von Versuchen betrifft die Wirkung der eingeführten Bakterienkulturen, Filtraten und Sterilisaten. Geprüft wurden Kokken und Kolibazillen. Auch hier sind die Resultate im wesentlichen negativ. Die eingespritzten Reinkulturen brachten in der normalen Bauchhöhle im allgemeinen keinen Flüssigkeitserguß vor. Wurden sie zusammen mit einer indifferenten Flüssigkeit eingespritzt, so fand vielmehr bald eine Resorption statt. Auch nach bereits anderweit angeregter Transsudation wird letztere durch Bakterieninjektion nicht befördert, wohl aber tritt dann letale Peritonitis ein. Die Filtrate und Sterilisate von Kokken und Kolibazillen haben ebenfalls weder für sich noch bei künstlich erzeugtem Transsudat eine Einwirkung geübt. Sie wurden im allgemeinen, ohne das Befinden des Versuchstieres zu stören, resorbiert.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

---

10) **B. Robinson.** Peritonitis (peritoneal adhesions) caused by muscular trauma.

(New York med. record 1903. August 29.)

R. glaubt auf Grund von 485 Sektionsbefunden als Entstehungsursache für peritoneale Verwachsungen dem Muskeltrauma breiten Raum geben zu müssen. In Betracht kommen die ventrale Fläche

15**

des Psoas und der Crura diaphragmatica, die lateralen Seiten der vertikalen Dickdarmabschnitte, die distale Oberfläche des Zwerchfells beiderseits, der Levator ani und Coccygeus. Der Tractus intestinalis, urinarius, genitalis, vascularis und lymphaticus können mitbetroffen sein.

Die Häufigkeit der Verwachsungen mit Beziehung zu den entsprechenden Muskeltraumen wird folgendermaßen festgestellt.

1) 90% infolge Traumas auf das Zwerchfell,
2) 85% Flexura sigmoidea (linker Ileopsoas),
3) 75% Regio ileo-caeco-appendicularis (rechter Ileopsoas). Der Wurmfortsatz stellt das schwächste Segment für diese Verwachsungsfrage dar.
4) 40% transversaler Teil des Duodenums (rechter Zwerchfellschenkel),
5) Regio peritonei minor (linker Zwerchfellschenkel),
6) 35% Regio coli dextra (rechte Bauchmuskeln),
7) Regio coli sinistra (linke Bauchmuskeln),
8) Regio pelvica (Trauma auf den Levator ani, welches auch für die Eileiter eine Rolle spielt).

R. gibt aber zu, daß er nicht für alle Fälle das Trauma verantwortlich machen wolle. Besonders wenn ein Teil des Darmkanales auf einem langen kräftigen Muskel liegt und einigermaßen fixiert ist, sind besonders günstige Bedingungen für traumatische Verwachsungen gegeben; z. B. kann die Flexura sigmoidea dem linken Psoastrauma nicht ausweichen; daher 80% Mesosigmoiditis gefunden wurden.

Bei Kindern unter 3 Jahren (60 Sektionen) wurden niemals Verwachsungen durch Muskeltrauma vorgefunden. Es kommt also als Hauptbedingung der aufrechte Gang in Betracht.

Des weiteren werden die Folgen der peritonealen Verwachsungen (Verstopfung, Schwächung und Funktionsstörungen der Organe, Dislokation, Neurosen und Zirkulationsstörungen) erörtert.

Erosionen der Schleimhaut, durch Trauma passierender Fremdkörper an den fixierten Darmpartien, welche nicht ausweichen können, hervorgerufen, wirken als Eintrittspforten für die Infektion und vergrößern die Verwachsungsbezirke.

Differentialdiagnostisch ist die Enteroptose wichtig, weil auch die Verwachsungen Dislokationen hervorrufen können.

Loewenhardt (Breslau).

---

11) **Harte** and **Ashhurst.** Intestinal perforation in typhoid fever.

(Annals of surgery 1904. Januar.)

Verff. haben 362 Krankengeschichten über Fälle, welche während der Erkrankung an Typhus zur Laparotomie kamen und außerdem noch Arbeiten verschiedener Autoren durchgearbeitet, um sich ein Bild von der Darmperforation während des Typhus zu verschaffen.

Nach den Statistiken ist sie unter 8881 Fällen von Typhus 225mal (2,54%) eingetreten.

Die weiße Rasse schien mehr disponiert zu sein als die schwarze, das männliche Geschlecht mehr als das weibliche, das jüngere Alter mehr als das höhere. Die meisten Perforationen traten in der zweiten oder dritten Krankheitswoche ein; je schwerer die Erkrankung, desto leichter das Eintreten der Perforation. Würmer, Tympanie, Thrombenbildung in den Mesenterialgefäßen können den Ausbruch der Erkrankung begünstigen. Als auslösende Ursachen wirken: Diätfehler, kaltes Bad, plötzliche Bewegung im Bett, drastische Abführmittel.

Was die pathologische Anatomie anbetrifft, so führte sowohl Nekrose der markig geschwollenen Darmplaques als auch fortschreitende Ulzeration der entstandenen Geschwüre zum Durchbruch. Derselbe hatte seinen Sitz gegenüber dem Mesenterialansatz; in 73% der Fälle lag er im Dünndarm 12 Zoll vom Blinddarm entfernt. Ist die Infektion während der Krankheit durch Typhusbazillen allein bedingt, so bilden sich weniger Verwachsungen, als wenn eine Mischinfektion mit Streptokokken vorlag.

Ganz sichere Symptome, welche auf die Perforation hinweisen, gibt es nicht. Wenn jedoch in der zweiten oder dritten Woche bei Typhus heftige Schmerzen im Leibe, bretthharte Spannung der Bauchdecken, Harnverhaltung, Erbrechen, Temperaturabfall, Pulsbeschleunigung, Kostalatmung, chokartiges Aussehen eintreten, so soll man an die Möglichkeit der Erkrankung denken. Differentialdiagnostisch kommt in Betracht, daß bei innerer Blutung gewöhnlich Schmerzen und die bretthharte Spannung der Bauchdecken zu fehlen pflegen. Verwechslung ist unter Umständen ferner nicht ausgeschlossen mit Peritonitis, Appendicitis, Gallenblasenkoliken usw. Prognostisch ist zu bemerken, daß 26% der Operierten mit dem Leben davonkamen.

Die allein in Betracht kommende Behandlung besteht in Laparotomie. Dieselbe wird in Äthernarkose und nach rechts von der Medianlinie durch den M. rectus ausgeführt. Sehr sorgfältiges Absuchen des Darmes vom Blinddarm nach aufwärts, Naht des Darmrisses ohne Anfrischung der Wundränder. Zunächst wird in Längsrichtung eine Matratzennaht, darüber Lembert'sche Naht gelegt. Ist die Öffnung so groß, daß eine Vereinigung nicht möglich ist, so kommt Bedecken der ersteren mit Netz, dann Resektion und nachfolgende Naht oder die Anlegung eines künstlichen Afters in Frage. Nach Beendigung der Operation findet eine sehr reichliche Ausspülung der Bauchhöhle mit warmer Kochsalzlösung und nachher eine ausgiebige Gazedrainage statt. Die Wunde wird durch wenige Nähte verkleinert. Die ersten 24 Stunden keine Nahrung durch den Mund, dann teelöffelweise heißes Wasser, erst vom 3. oder 4. Tage ab etwas flüssige Nahrung. Nährklystiere und subkutane oder venöse Kochsalzinfusion müssen die Kräfte aufrecht erhalten. Nach einigen Tagen sehr vorsichtiges Entfernen der Gazedrainage.

Herhold (Altona).

---

12) **Lund.** The treatment of diffuse peritonitis.

(Boston med. and surg. journ. 1903. November 26.)

Verf. wendet sich gegen das namentlich von Ochsner-Chicago empfohlene abwartende Verhalten bei allgemeiner Bauchfellentzündung, empfiehlt dagegen frühzeitige Eröffnung der Bauchhöhle mit Auswaschung (viel Normalsalzlösung, weites Glasmundstück, sehr starker Strom, der mit Gewalt Fibrinfetzen u. dgl. heraustreibt, und nachfolgende Drainage, Kapillare oder Röhrendrainage je nach Erfordernis). Zur Verbesserung des Abflusses wird das Kopfende des Bettes hochgestellt, damit der Strom der Flüssigkeit nach dem Becken verläuft. L. hat damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Von 6 Kranken genasen 4.

Trapp (Bückeburg).

---

13) **O. Pott.** Zur Prognose der Radikaloperation der Hernien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 556.)

P. hat unter Benutzung von 200 herniologischen Arbeiten eine Statistik über das publizierte Riesenmaterial der modernen Bruchradikaloperation ausgearbeitet. Die Grundlagen für die von ihm vorgenommenen Zählungen sind durchaus rationell. Er untersucht 1) die Gefährlichkeit bezw. die Sterblichkeit der Operation. Hierbei werden die an Herniotomie wegen Einklemmung angeführten Operationen ausgeschlossen, doppelseitige, in einer Sitzung gemachte Eingriffe nur einfach gerechnet. Es wird jeder Todesfall, der nicht ganz außer Zusammenhang mit der Operation steht, verrechnet und festgestellt, welche Gefahren am häufigsten in Frage kommen. 2) Bei Betrachtung der Endresultate wird für Berechnung der Dauerheilungen eine zweijährige Rezidivfreiheit zugrunde gelegt und neben der Gruppe der Dauerheilungen und derjenigen der sichergestellten Rezidive eine Gruppe von zweifelhafter Heilung in Rechnung gestellt. Übrigens werden hier für die Frage nach dem Endresultat auch die an Herniotomie angeschlossenen Radikaloperationen mit verrechnet. Endlich wird 3) untersucht, wie sich die Dauererfolge auf die verschiedenen Methoden verteilen.

Die wichtigsten Ergebnisse sind folgende:

1) Mortalität.

Leistenbrüche	Operationszahl	14095	Mortalität	0,9 %
Schenkelbrüche	»	933	»	1,3 %
Bauchbrüche	»	452	»	1,8 %
Greise	»	701	»	3,4 %
Kinder	»	1555	»	1,2 %

Die Todesursachen sind in 139 Fällen bekannt. Etwa $1/3$ derselben entfallen je auf septische Wundinfektion und auf akute Lungenkomplikation. Im großen und ganzen sind die Sterblichkeitsverhältnisse ebenso wie für andere Operationen; besonders in Betracht kommen aber Wegsamkeitsstörungen des Darmes und Em-

bolien. Seit 1895 sind die Mortalitätsziffern übrigens beträchtlich herabgegangen.

2) Dauerresultate.

a. Leistenbrüche.

	Dauer-heilung	Rezidiv	Zweifel-haftes Ergebnis %	Dauer-heilung %
Methoden ohne Kanalschnitt (darunter Verfahren nach Czerny, Socin, Kocher)	1016	359	44	= 71,6
Davon bei Frauen	106	26	2	= 79,1
Methoden mit Kanalschnitt (Bottini, Risel usw.)	2211	257	34	= 88,4
Davon bei Frauen	142	8	—	= 94,7
Leistenbrüche insgesamt	3325	657	84	= 81,8
Davon bei Frauen	268	43	5	= 84,8

b. Schenkelbrüche.

	Dauer-heilung	Rezidiv	Zweifel-haftes Ergebnis %	Dauer-heilung %
Insgesamt	299	123	2	= 70,5
Ohne Pfortennaht	100	58	—	= 63,3
Mit Pfortennaht	111	42	2	= 71,6

c. Bauchbrüche.

	Dauer-heilung	Rezidiv	Zweifel-haftes Ergebnis %	Dauer-heilung %
Insgesamt	47	39	—	= 54,7
Exzision des Bruchringes, Etagennaht nach Condamin	25	8	—	= 75,8

Auch ergab sich, daß bei Kindern die Dauerheilungszahl am besten ist = 86,4% gegenüber 58,6% bei Greisen.

Bei den Leistenbrüchen haben sich Bottini's Methode und Kocher's Verlagerung ziemlich gleich leistungsfähig gezeigt, während über Kocher's Invaginationsverlagerung noch nicht genug Beurteilungsmaterial vorliegt. Beim Schenkelbruch gibt Ligatur und Exstirpation des Bruchsackes, gefolgt von Pfortennaht und beim Bauchbruch die Condamin'sche Methode die besten Resultate.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

14) E. P. Paton. The surgical treatment of perigastric adhesions.

(Lancet 1904. Februar 6.)

Verf. stellt 42 Fälle von chirurgisch behandelter Perigastritis adhaesiva zusammen, darunter fünf eigener Beobachtung, die übrigen aus der englischen, französischen und deutschen Literatur. Ätiologie und Diagnose werden ausführlich besprochen, letztere ist oft außerordentlich schwer und nur per exclusionem zu stellen. Verf. rät in allen zweifelhaften Fällen energisch zur Probelaparotomie. Zur Heilung genügt in den meisten Fällen die Trennung der Verwach-

sungen, die jedoch auch auf der oberen Seite des Magens liegen können, weshalb dieser stets von allen Seiten zu untersuchen ist. In komplizierten Fällen empfiehlt sich außer Trennung der Verwachsungen noch Pyloroplastik resp. Gastrojejunostomie. — Alle Erfolge der Operationen werden illusorisch, wenn man die Bildung neuer intraperitonealer Verwachsungen nicht zu hindern versteht. Die interessanten Eperimente Vogel's aus der Schede'schen Klinik werden gestreift. Nach Verf. können neue postoperative Verwachsungen nur verhindert werden: 1) durch absolute Asepsis bei der Operation und Enthaltung des Gebrauches jeglicher Antiseptika; 2) durch das sorgfältige Übernähen breiterer Trennungsstellen mit gesundem Bauchfell und 3) durch eine möglichst früh eingeleitete lebhafte Darmperistaltik. Die aus der Statistik sich ergebenden Erfolge sind im allgemeinen sehr befriedigende. **H. Ebbinghaus** (Berlin).

---

15) **A. Forsyth.** Coecal concretions.

(Lancet 1904. Februar 20.)

Verf. veröffentlicht auf Lister's Rat seine Erfahrungen über coecale Kotstauungen, die er sehr häufig im Leben antraf, ohne daß anderwärts in vielen Fällen die richtige Diagnose gestellt und die richtige Behandlung eingeleitet worden wäre. Diese coecalen Ansammlungen sind nach Verf. nicht nur in vielen Fällen der Ursprung der Appendicitis, sondern auch psychischer Erkrankungen, der Melancholie, der Epilepsie usw. Nach, oft wochenlang, regelmäßig fortgesetzten Darmauswaschungen will Verf. in einer Reihe von Fällen alle diese Krankheiten haben schwinden sehen.

Hoffentlich übt diese Arbeit auf die sich allmählig zu klären beginnende operative Therapie der Appendicitis keinen störenden Einfluß aus (Ref.). **H. Ebbinghaus** (Berlin).

---

16) **W. A. Oppel.** Zur Frage des tuberkulösen Ileocoecaltumors.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

»Bei weitem am häufigsten entwickelt sich die tuberkulöse Ileocoecalgeschwulst nach einer akuten Appendicitis«, die die Schleimhaut des Blind- resp. aufsteigenden Dickdarmes für die Tuberkelbazillen gwissermaßen urbar macht. Ausnahmen von dieser Regel gibt O. zwar zu, betont aber immer wieder ausdrücklich die vorwiegend sekundäre Natur des Leidens, welches nach ihm immer von der Mukosa oder Submukosa ausgeht. Einen rein subserösen Beginn hält er für unbewiesen, wenn auch theoretisch für nicht unmöglich.

Für das therapeutische Vorgehen lassen sich keine Regeln geben. Es muß von Fall zu Fall zwischen Exstirpation und Ausschaltung entschieden werden. **V. E. Mertens** (Breslau).

---

17) **G. G. Ward.** Some recent methods of intestinal anastomosis.

(New York med. record 1903. Juli 11.)

»Die Technik der Darmchirurgie bleibt trotz aller Fortschritte ein unvollendetes Kapitel.« Die Entwicklung geht nach drei Richtungen: 1) Methoden, in denen Fremdkörper zur Vereinigung gebraucht werden, 2) Naht allein, 3) mechanische Hilfsmittel während der Naht zu gebrauchen, aber dann zu entfernen. Für jede Klasse gibt W. einen neuen Vorschlag: 1) Harrington's segmentierter Ring für Darmanastomose besteht aus vier Aluminiumteilen, die ineinander passen und mit einem Schraubenhandgriff zusammengehalten werden. Die Darmenden werden mit einer Tabaksbeutelnaht, wie beim Murphyknopf, in die konkave Rinne des Ringes hineingezogen und dann die Darmnaht auf dieser Stütze nach irgendeiner Methode ausgeführt. Wird der Handgriff abgeschraubt, fällt der Ring auseinander. Die Segmente wiegen nur bis $1^1/_2$ g, während der Murphyknopf über 15 g wiegt, und gehen glatt ab. Der Ring wurde in einer Anzahl von Fällen mit ausgezeichnetem Resultat verwendet (s. Fig. 1).

Die zweite Methode, über welche Verf. spricht, ist in Amerika als »Connell's Naht« bekannt und vermeidet mechanische Hilfsmittel. Prinzip: Knopfnähte durch alle Schichten (Fig. 2). Die Knoten liegen aber alle auf der Innenseite des Darmes; auch bei Knüpfung des letzten Fadens wird durch einen besonderen Kunstgriff dies zuwege gebracht. Man führt nämlich auf der diesem letzten Knoten gegenüberliegenden Seite zwischen zwei Nähten eine eingefädelte Nadel mit dem Auge voran bis zu dem ungeknüpften aber durchgelegten Faden der letzten Naht, fängt diese ungeknüpften Enden und zieht dieselben durch den Zwischenraum, durch welchen das Auge der Nadel zuerst hineingebracht wurde. Nun wird die letzte Naht geknüpft, der Knoten schlüpft durch den Zwischenraum hinein und alle Fäden liegen in dem Darm (Fig. 3). Die Methode ist schwer zu beschreiben, nach den Abbildungen aber ziemlich einfach. Maunsell erreichte zwar auch die Innenlagerung der Knoten, verlangt aber noch einen besonderen nachher zu schließenden Einschnitt an der Seite des Darmes; denn Lembert'sche oder Hallsted'sche Matratzennähte bringen nach W. keinen Vorteil, weil ein Durchstich des Darmes mit Sicherheit nicht vermieden werden kann. Die Submukosa muß durchstochen werden, um eine sichere Naht zu erzielen, ist aber so dünn im Verhältnisse zur Nadel, daß es praktisch unmöglich ist, die Schleimhaut nicht einmal anzustechen. Vor einem Jahre wurde Connell's Naht 19mal mit 15 Heilungen ausgeführt (s. Fig.).

Als dritte Methode wird die O'Hara-Zange empfohlen; sie besteht aus zwei dünnen Klemmen, welche mit einer Art Serre-fine zusammengehalten werden können (Fig. 4). Jede Klemme schließt exakt ein

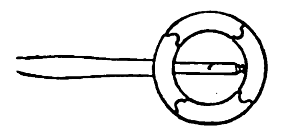


Fig. 1. Harrington's Segmentring mit Handgriffen, durch welchen während der Anastomosenbildung die Segmente zusammengehalten werden.

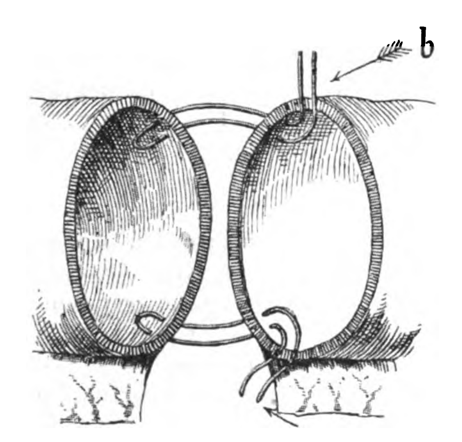


Fig. 2. Connel's Nadeln.

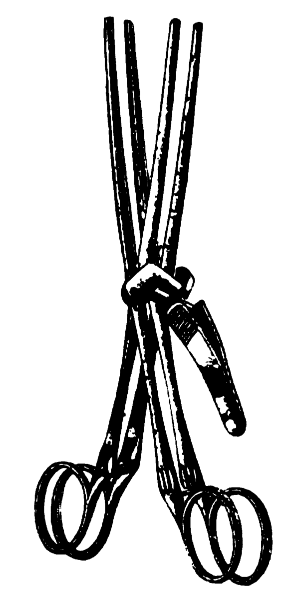


Fig. 4. O'Hara's Zange.

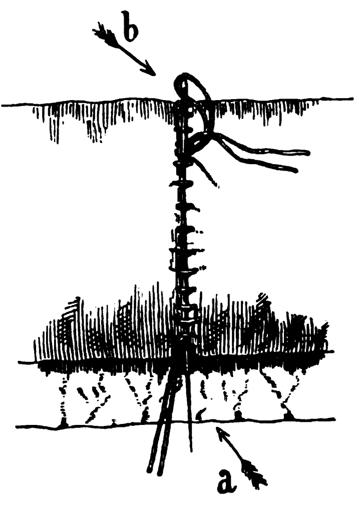


Fig. 3. Connel's Naht.
a, *b* letzte Nadel.

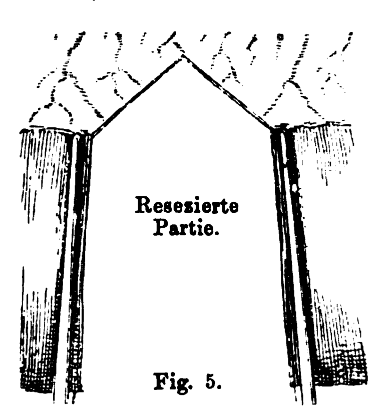


Fig. 5.

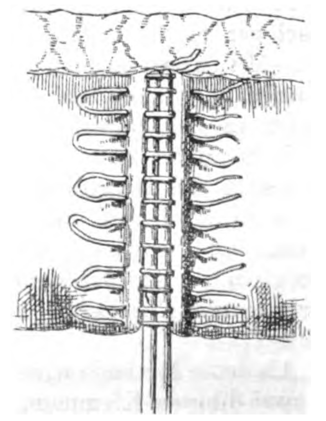


Fig. 6.

Darmende ab, wird einzeln an den Resektionsstellen angelegt, dann der Darm dazwischen herausgeschnitten (Fig. 5) und die Klemmen mit dem Serre-fine aneinander gebracht. Über den Branchen werden dann zur Darmnaht Hallsted's Matratzennähte angelegt (Fig. 6) und schließlich die Zange herausgezogen. Die Vorteile dieses Instrumentes bestehen in Sauberkeit durch Vermeidung von Berührung des Darminnern, da alle Manipulationen außerhalb der Lichtung vor sich gehen; außerdem paßt das Instrument für alle Fälle. Letztere Methode hat Verf. selbst erprobt (s. Fig.). **Loewenhardt** (Breslau).

---

18) **W. Prutz** und **A. Ellinger.** Über die Folgen der Darmgegenschaltung. Zweite Mitteilung. Zugleich ein Beitrag zur Frage der sog. Antiperistaltik.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 2.)

Bayliss und Starling haben die Darmbewegungen mit Hilfe graphischer Methoden genau analysiert und eine scharf definierte Nomenklatur für die einzelnen Formen der Darmbewegung aufgestellt. Sie unterscheiden an dem jeder nervösen Verbindung mit den übrigen Organen beraubten Darm die rhythmischen Pendelbewegungen und die wahre peristaltische Zusammenziehung. Jene sind veranlaßt durch direkte Reizung der Darmmuskulatur; diese stellen wahre geordnete Reflexe dar. Lokale Reizung der Darmwand bewirkt eine Erregung der Darmbewegung oberhalb, eine Hemmung unterhalb der gereizten Stelle. Die Pendelbewegungen des normalen Darmes garantieren keine Inhaltsbeförderung in bestimmter Richtung, treiben vielmehr den Darminhalt hin und her, aufwärts und abwärts. Nur wenn feste Körper die Darmlichtung ausfüllen und so einen mechanischen Reiz ausüben, oder wenn durch chemisch wirksame Stoffe und durch erhebliche Spannungsdifferenzen infolge von Gasauftreibung die Darmwand gereizt wird, tritt die wahre Peristaltik in Tätigkeit. Der Beweis einer echten antiperistaltischen Bewegung des Darmes ist nach Ansicht der Verff. bisher in gültiger Weise nicht geliefert worden. Eine Reihe von Autoren — besonders Mühsam — glaubten nun bei Herstellung von Gegenschaltungen am Versuchstier auch antiperistaltische Bewegungen konstatieren zu müssen. Im Gegensatz dazu halten P. und E. eine nur annähernd normale Beförderung des Inhaltes durch die gegengeschaltete Schlinge für ausgeschlossen, nehmen im Gegenteil an, daß diese ein erhebliches mechanisches Hindernis bilde und schließen darum Antiperistaltik aus. Sie konnten nämlich die chronische Aufstauung des Darminhaltes durch die dauernde Vermehrung der Indikanausscheidung nachweisen und als weiteres Charakteristikum feststellen, daß die nachträgliche Anlegung einer Stenose in der gegengeschalteten Schlinge eine Erweiterung zwischen Stenose und unterer, analwärts gelegener Naht hervorbrachte, so daß eine andere Deutung gar nicht möglich ist, als daß

die motorische Arbeit der gegengeschalteten Schlinge in der alten Richtung weitergeht, d. h. dem Inhaltsstrom entgegengesetzt. Auf Grund ihrer erweiterten Erfahrungen glauben Verff. nun angeben zu können, daß für die wechselnde Gestaltung der Folgezustände und für die scheinbaren Widersprüche in den Ergebnissen verschiedener früherer Beobachter bei Darmgegenschaltungen die Länge des gegengeschalteten Darmstückes, seine Lage und die Ernährungsart der Versuchstiere in Betracht kommen. Dies im einzelnen hier anzuführen, würde zu weit gehen. Erwähnt sei, daß eine Beobachtung von Darmschlingen eines lebenden Versuchstieres im Kochsalz-Wasserbade nach Einspritzung von Pilokarpin deutlich zeigte, daß die gegengeschaltete Schlinge sich in ursprünglicher Richtung peristaltisch bewegte, von einer Anpassung an die veränderten Verhältnisse also gar keine Rede sein konnte. Alle diese Befunde zeigen übereinstimmend, daß die motorische Arbeit der gegengeschalteten Darmschlinge ihre ursprüngliche Richtung beibehält; nichts spricht dafür, daß in ihr eine auf der Tätigkeit der Darmmuskulatur beruhende Fortbewegung des Inhaltes stattfände, die nicht auch unter normalen Verhältnissen wie bei dem bekannten Grützner'schen Versuch vorkäme. So ist die Lehre von der Antiperistaltik eine reine Theorie, die auch nicht mehr auf Grund des sonst unerklärlichen Koterbrechens aufrecht erhalten werden kann, zumal wir schon lange seit Huguenot eine völlig befriedigende Erklärung für dasselbe besitzen. Der durch Aufstauung und Transsudation stark vermehrte und in Gärung geratene Inhalt des Darmes weicht danach dem während des Erbrechens plötzlich erhöhten intraabdominalen Druck nach der Seite des geringsten Widerstandes aus, also darmaufwärts, schließlich in den Magen. Die rhythmischen Kontraktionen dürften jedoch beim Koterbrechen ebenfalls mitbeteiligt sein, namentlich wenn die Erschöpfung des nervösen Apparates am Darm allmählich zum Erlöschen der echten peristaltischen Bewegungen führt. Von diesem Zeitpunkt an bewirkt fortgesetzte Reizung des Darmes, auch lokale, eine Verstärkung der myogenen rhythmischen Zusammenziehungen. Henle hat dem genannten Vorgange den charakteristischen Namen des Überlaufens gegeben, welches auch durch die von den beiden Verff. beschriebenen Versuche der fast totalen Gegenschaltung demonstriert wird.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

19) **Lefas.** La tuberculose primitive de la rate.

(Revue française de méd. et de chir. 1904. Nr. 5.)

Auf Grund eines eigenen Falles und der spärlichen Literaturangaben schildert L. das klinische und anatomische Verhalten und die chirurgische Behandlung der primären, massiven Milztuberkulose. Starke Vergrößerung des Organs und adhäsive Perisplenitis bilden die klinisch wichtigsten Veränderungen. Die Erkrankung ist am häufigsten im 30.—50. Jahre, die Anamnese bezüglich der Tuberkulose gewöhnlich negativ. Ein ganz akuter Beginn wird ausnahms-

weise beobachtet; gewöhnlich zeigt sich zuerst ein Druckgefühl und Schmerz in der Milzgegend, in anderen Fällen tritt von Anfang an die Kachexie in den Vordergrund. Die Vorwölbung in der Milzgegend ist oft äußerlich sichtbar, die tastbare Geschwulst fest, mit glatter oder buckliger Oberfläche. Die Leber ist manchmal vergrößert. Der Tod erfolgt am häufigsten durch Kachexie.

Der chirurgische Eingriff hat Aussicht auf Erfolg während der Phase der reinen Splenomegalie. Ist dagegen die Leber vergrößert, und ergibt die Blutuntersuchung, daß eine Hyperglobulie der roten Blutkörperchen (über 5 Millionen im Kubikmillimeter) besteht, so ist die Operation zu widerraten. Dagegen bildet Fieber, ferner ein leichter Grad von Albuminurie oder von Leukocytose keine Gegenanzeige.

Mohr (Bielefeld).

---

20) **Grunert.** Über das Aneurysma der Arteria hepatica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 158.)

Mitteilung eines neuen in der Magdeburger Krankenanstalt (Oberarzt Habs) beobachteten Falles, dem Bericht über die einschlägige Literatur nebst Allgemeinbesprechung angeschlossen wird.

21jähriger, bisher gesunder Soldat macht eine typische Lungenentzündung durch. Anfang der dritten Woche nach Einsatz der Pneumonie beginnt ein Ikterus, dem nach 12 Tagen ein auf Inzision glatt heilender Oberschenkelabszeß folgt. 3 Monate nach der Lazarettaufnahme wegen andauerndem Ikterus und schlechter Rekonvaleszenz auf 4 Wochen ins Bad geschickt und einige Zeit später als Invalide entlassen. Weiterhin leidliches Wohlbefinden, aber Anhalten des an Intensität zeitweise schwankenden Ikterus, ab und zu dumpfe epigastrische Schmerzen, doch keine typischen Koliken und niemals Blutung. Ca. 1 Jahr nach der Pneumonieerkrankung Aufnahme in die Habs'sche Abteilung, wo Kompression des Ductus hepaticus, vielleicht infolge von Gallenstein oder Ulcus duodeni, diagnostiziert und zur Laparotomie geschritten wird. Die mäßig gefüllte Gallenblase wird geöffnet und die Gallengänge sondiert, wobei man eine pralle, elastische, apfelgroße Geschwulst findet, nicht pulsierend. Probepunktion ergibt hellrotes Blut, womit die Diagnose Aneurysma klargestellt war. Nach Exstirpation der Gallenblase Abbruch des Eingriffes, Bauchnaht. Tod nach 7 Tagen an Schwäche. Die Sektion ergibt ein sackförmiges Aneurysma des Stammes der Art. hepatica propria, welches mit seinem oberen Umfang das Endstück des Ductus hepaticus komprimiert. Starke Erweiterung der Gallengänge.

Die Zahl der von G. in der Literatur aufgesuchten Parallelfälle beträgt 34, zu denen sich noch nach Abschluß der Arbeit der jüngst von Kehr erfolgreich mit Arterienligatur operierte Fall hinzugesellt. Die betroffenen Pat. standen in dem verschiedensten Alter vom 15. bis 60. Jahre, Männer waren ungleich häufiger beteiligt. Ätiologisch fiel G. auf, daß der Aneurysmaerkrankung sehr häufig eine schwere Infektionskrankheit voraufging (15mal in den genügend ausführlichen Berichten notiert), weshalb er annimmt, daß Bakterieninvasionen bei der Gefäßwandentartung im Spiele seien. Der Sitz des Aneurysmas war am häufigsten der Stamm der Art. hepatica propria und ihr rechter Ast, 6mal bestanden mehrere Aneurysmen, und wechselte

im allgemeinen die Aneurysmengröße von Kirsch- bis Kleinkindskopfgröße. 25mal war Berstung eingetreten, und zwar am häufigsten (10mal) frei in die Bauchhöhle, sonst in Nachbarorgane, zumal den Ductus hepaticus. Symptomatisch treten heftige Schmerzanfälle, Blutungen aus Mund oder After und Ikterus besonders hervor, Zeichen, die aber nichts Charakteristisches haben, so daß die richtige Diagnose bislang noch nie gelungen ist. Für die Zukunft empfiehlt G., bei der Diagnosenstellung auf etwa feststellbare voraufgehende Infektionskrankheit zu achten. Pulsation ist nie gefunden, auch nicht, wo bei der Operation (2mal) die Geschwulst bloßgelegt war. Die Krankheitsdauer betrug im Mittel ca. $3^1/_2$ Monate (8 Tage bis 15 Monate). Ausgang stets tödlich, auch bei den ersten vier ganz fruchtlosen Laparotomien. Wenn Kehr's Pat. mittels Ligatur der Arterie nach Überwindung einer begrenzten Leberrandgangrän zur Genesung kam, ist noch abzuwarten, ob sich nicht nachträglich noch Lebercirrhose einstellen wird, wie dies bei Tierexperimenten regelmäßig nach Unterbindung der Hepatica beobachtet ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

Ein Beitrag zur Therapie der kongenitalen Hüftgelenksverrenkung.

Von

Dr. med. **Alfred Weischer,**

leitender Arzt des katholischen Krankenhauses in Hamm i. W.

Bevor ich die Arbeit des Herrn Dr. Reiner im Zentralblatt (Nr. 2) zu Gesicht bekam, hatte ich ein Mädchen mit doppelseitiger, kongenitaler Hüftverrenkung im Alter von 15 Jahren ins Krankenhaus aufgenommen, um in gleicher Weise in Etappen die Redression zu erzwingen. Es war mir vor kurzem gelungen, in einem ähnlichen Falle, bei einem 10jährigen Kinde in drei Sitzungen das Ziel zu erreichen, und zwar mit voller Bewegungsfähigkeit des neuen Gelenkes. Auch bei dem älteren Kinde gelang die Reposition, freilich nicht so leicht, wie Herr Dr. Reiner es für seine, allerdings jüngeren Fälle, dargestellt hatte.

Ich habe mich nicht, wie in der Lorenz'schen Klinik, auf manuelle Extensionen beschränkt, sondern ich habe jede Sitzung mit einer Gewichtsextension von 30—50 Kilo begonnen, damit die gespannten Muskelstränge sich um so leichter durch Massage zerreißen ließen. Es folgten typische Abduktionsbewegungen; zum Schluß wurde das erreichte Resultat durch einen Gipsverband fixiert. In jeder Sitzung habe ich die Abduktion nur um 10—15° vermehrt, weil ich eine Lähmung des N. ischiadicus befürchtete; ich habe sechsmal narkotisiert, bis ich den Oberschenkel zur Horizontalen niederzwang. Bei der letzten Extension stand die Spitze des Trochanters einen halben Zentimeter vor der Spina ant. sup. ossis ilei. Dieses Resultat der Extension mußte meines Erachtens für die Reposition genügen, da durch die jahrelange abnorme Stellung der Kopf abgeschliffen und so das obere Ende des Oberschenkels verkürzt war. Die Spitze des Trochanters wurde kaum vom Kopf überragt. Trotzdem führte das Reduktionsmanöver zu keinem Resultat. Stets spürte man einen elastischen Widerstand, der das Bein in die Adduktion zurückzwang. Die alte Kapsel war zu kurz und

zu wenig nachgiebig, um den Kopf über den hinteren Rand der Pfanne treten zu lassen.

Diese Überlegung veranlaßte mich, den Oberschenkel zu adduzieren und über den gepolsterten Keil am Thorax vorbei maximal zu flektieren. Die nun folgende Rotation des Schenkels nach innen ließ den Kopf mit leichtem Ruck unter die Haut der Schenkelbeuge treten. Die Adduktion und zum Teil auch die Flexion erschlaffte die Kapsel, so daß der Kopf höher treten konnte. Die Rotation nach innen rollte die Kapsel um den Schenkelhals und hob damit den Kopf empor.

Die folgenden Bewegungen führten das Bein rasch in die rechtwinklige Stellung zur Beckenachse, sodaß nun in typischer Weise der Kopf mit hör- und fühlbarem Ruck über den Pfannenrand sprang.

Ich habe den Eindruck erhalten, daß es mir mit dieser Methode schon in einer früheren Sitzung gelungen wäre, mein Ziel zu erreichen, falls ich das Verfahren gekannt und angewandt hätte.

Bei der Reposition ist eine Lähmung des Nervus ischiadicus nicht eingetreten.

Da Lorenz bei doppelseitiger Luxation die Möglichkeit der Reposition auf das 12. Lebensjahr beschränkt, so muß diese Grenze nach meinem gelungenen Falle auf das 15. Lebensjahr hinausgeschoben werden.

---

21) K. Thoenes. Zur Frage der operativen Behandlung der Bauchfelltuberkulose und deren Dauerresultate, nebst drei Fällen von Tuberculosis herniosa.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 505.)

T. veröffentlicht das gesamte einschlägige Material von Braun aus den letzten 15 Jahren und den Kliniken in Marburg, Königsberg und Göttingen. Es sind insgesamt 45 Fälle, die in 2 Gruppen: 1) ascitische Erkrankungsform, mit 35 Fällen vertreten, 2) adhäsiv-plastische Form, mit 10 Fällen, eingeteilt werden. Es werden sämtliche Krankengeschichten mitgeteilt, worauf zur Allgemeinbesprechung übergegangen wird. Wie in allen bisher publizierten Statistiken prävaliert auch hier das weibliche Geschlecht mit 25 Fällen gegenüber nur 15, das männliche betreffend. Beinahe die Hälfte der Erkrankungen gehört dem kindlichen, mehr als zwei Drittel dem kindlichen und heranwachsenden Alter an. Die Beteiligung der weiblichen Individuen erreicht ihren Höhepunkt um die Zeit der Pubertät. Die beiden von T. unterschiedenen Erkrankungsformen differieren nicht nur symptomatisch, sondern auch prognostisch stark voneinander. Bei der ascitischen Form tritt die starke Leibesauftreibung mit Erguß, dazu Abmagerung und manchmal Fieber, bei der adhäsiv-plastischen Form der Schmerz und häufig auch Ileus in Erscheinung. Von den insgesamt 42 operierten Kranken starben 2 im Anschluß an die Operation (4,8%), zunächst geheilt entlassen wurden 23, ungeheilt 5, in Heilung 6. 12 Todesfälle kommen ferner auf 2—16 Monate nach der Operation.

25 Fälle können unter Zugrundelegung einer mindestens 2jährigen Heilung als Dauerheilung für Beurteilung der Endresultate verwertet werden, und stellt sich heraus, daß von diesen 10 gestorben (40%) und 15 (60%) dauernd geheilt sind. Die Mehrzahl der Dauerheilungen aber fällt verhältnismäßig auf die Ascitesform der Krankheit (12 : 10 = 63%, gegenüber 3 : 6 = 50% bei der adhäsiv-plastischen Form), womit die Verschiedenheit der Prognose bei beiden klar ist. Im übrigen starben insgesamt ebensoviel Männer als Frauen, so daß, da die Gesamtzahl der ersteren kleiner war, bei ihnen die Prognose schlechter erscheint. Die relative Gutartigkeit der Krankheit bei Frauen scheint damit zusammenzuhängen, daß bei diesen die Primärerkrankung mit Vorliebe die inneren Genitalien betrifft, womit Abkapselung der Affektion um das kleine Becken begünstigt ist. Ob sich die Sterblichkeit der Kinder von der der Erwachsenen wesentlich unterscheidet, ist zurzeit mangels größerer Beobachtungsreihen unentscheidbar.

Außer diesen statistischen Fragen wird auch die allgemeinere nach Zulässigkeit und Wert der chirurgischen Therapie des Leidens gründlich erörtert, und beschäftigt sich T. mit den Gegnern der Operation, Borchgrevink usw. Er hält ihnen gegenüber an dem Werte der Laparotomie in allen langwierigeren Fällen, wo die innere Therapie oder auch einfache und wiederholte Ascitespunktionen versagen, durchaus fest. Die Laparotomie kürzt jedenfalls bei Exsudaten die Heilung wesentlich ab und vermag bestehendes Fieber zu beseitigen, die Kräfte zu heben, mindestens aber die Beschwerden zu mildern. Sie ist selbst da noch sehr heilsam, wo ausgedehnter Bauchfellverwachsungen wegen von einer wirklichen Baucheröffnung keine Rede mehr sein kann. Die Gegner der Operation dürften unter ihren spontan geheilten Fällen häufig nur sehr gutartige Infektionsformen vor sich gehabt haben, die aber vom Chirurgen gar nicht für die Operation in Anspruch genommen werden. Hierher gehören, wie T. beiläufig ausführt, die Bauchfelltuberkulosen, die man bei Bruchoperationen mehr oder weniger unerwartet im Bruchsacke findet, und von welcher Krankheitsform er einige Fälle berichtet. Betreffs der Operationstechnik warnt T. wegen Gefahr der Kotfistelbildung vor Lösung derberer Verwachsungen und erklärt bestehende septische Allgemeininfektion als eine strikte Kontraindikation gegen die Laparotomie. Zum Schluß steht das Verzeichnis der in der Arbeit benutzten Literatur (52 Nrn.).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

22) D. Fraser. Pyaemia following an attack of appendicitis.

(Glasgow med. journ. Bd. LXI. p. 126.)

Bei der Sektion eines 32jährigen Mannes, der 4 Wochen nach der Operation einer Appendicitis (am 6. Tage des 3. Anfalles) an Pyämie starb, ergab die Sektion außer zahlreichen Leberabszessen eine ausgedehnte Hämorrhagie im rechten Stirnlappen. F. führt dieselbe auf eine septische Thrombose zurück.

Das klinische Bild war in den letzten Wochen das einer Meningitis gewesen. Bemerkenswert waren Zwangsbewegungen nach der rechten Seite, nach welcher auch die Augen gerichtet waren.

M. v. Brunn (Tübingen).

23) Hubbard. Intestinal parasites in appendicitis.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Dezember 3.)

Bei zwei tödlich verlaufenen Fällen von Appendicitis mit allgemeiner eitriger Bauchfellentzündung fanden sich einmal zwei Oxyuren, das andere Mal zwei Askariden im Wurmfortsatz, beim zweiten Falle war einer halb, ein zweiter ganz durch eine Perforationsöffnung in die Bauchhöhle gekrochen. H. bespricht dann des näheren die im Wurmfortsatze schon vorgefundenen Wurmarten und welche Wirkung sie ausüben. 1) Ein Eingeweidewurm im Fortsatze wirkt als Fremdkörper reizend, er kann durch seine Bewegungen eine Durchbohrung veranlassen, die sonst vielleicht nicht eingetreten wäre. 2) Trichocephalus dispar als Blutsauger bewirkt direkte entzündliche Reizung der Schleimhaut. 3) Ascaris lumbricoides saugt vielleicht auch gelegentlich Blut, da in seinem Darmkanale ein Inhalt gefunden wurde, der demjenigen des Peitschenwurmes ähnelt. 4) Oxyuren wirken nur als Fremdkörper.

Trapp (Bückeburg).

24) G. Albanus. Thrombosen und Embolien nach Laparotomien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 2.)

Verf. hat 1140 in der I. chirurgischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf ausgeführte Laparotomien daraufhin untersucht, wie oft sich nach der Operation Thrombosen einstellten und welche von diesen zur Embolie führten.

Es fanden sich 53 Fälle mit Thrombosen (4,64%) und 23 Lungenembolien (2%). Von letzteren endeten 10 tödlich. Die Thrombosen verteilten sich auf folgende Erkrankungen: Erkrankungen des Darmkanales = 22; Erkrankungen der Leber mit Anhängen = 7; Perforationsperitonitis, tuberkulöse Peritonitis,

Fibrosarkom der Bauchdecken je 1; allgemeine Karzinose des Bauches = 2; Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsteile = 19.

Aus den Untersuchungen ging mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit hervor, daß die Venen der linken unteren Extremität besonders zu Thrombosen disponiert sind unter den Verhältnissen, unter welchen ein Laparotomierter steht.

Die näheren Ursachen, die bei Laparotomien zur Thrombose führen können, ließen sich einteilen in 1) Ursachen, welche schon vor der Operation eine Erschwerung des venösen Abflusses herbeiführen (Veränderungen des Herzens, der Gefäße, des Blutes); 2) in solche, welche die Operation mit sich bringt (Abkühlung, Schädigung der Gefäße); 3) in solche, welche durch die Narkose entstehen (Schädigung des Herzmuskels); 4) in solche, welche die Verhältnisse der Nachbehandlung mit sich bringen (Rückenlage, Meteorismus), und 5) diejenigen, welche durch die topographische Lage der Gefäße im Bauche bedingt sind.

Blauel (Tübingen).

25) **Gärtner.** Erfolgreiche Atropininjektion bei Meteorismus im Verlaufe von Peritonitis septica.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1904. Januar 9.)

Fall von Peritonitis nach verjauchtem Abort mit septischer Darmlähmung und starkem Meteorismus. Trotz des verzweifelten Allgemeinzustandes trat sofortige Besserung nach Einspritzung von 0,001 Atropin ein; die gleiche Dosis wurde an den beiden folgenden Tagen wiederholt, hierauf völlige Heilung.

Mohr (Bielefeld).

26) **W. Nicks.** Zwei Beiträge zur Kasuistik der Tuberculosis herniosa.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Verf. berichtet genau über 30 in der Literatur beschriebene einschlägige Fälle und fügt zwei neue hinzu, die von Helferich operiert und geheilt wurden. Es handelte sich um ein Dienstmädchen, dessen langbestehende Hernie langsam Schmerzen zu verursachen begann. Bei der Operation wurde nach dem Bruchschnitt die Bauchhöhle weit eröffnet und Allgemeininfektion des Bauchfelles festgestellt; zahlreiche Tuberkelknötchen besetzten das ganze Bauchfell, wie den Bruchsack. — Der zweite Fall betraf einen 6jährigen Jungen; bei ihm wurde nur der tuberkulöse Bruchsack exzidiert und die Radikaloperation angeschlossen. — In beiden Fällen erfolgte gute Heilung, die auch später noch festzustellen war.

Aus der Literatur ergibt sich, daß in etwa $^2/_3$ der Fälle nur der Bruchsack erkrankt war, in den übrigen Fällen auch der Bruchsackinhalt. Die bei weitem häufigere Form ist die sekundäre Bruchsacktuberkulose, bei allgemeiner Erkrankung des übrigen Bauchfelles. In nur vier Fällen wurde vorher die bestimmte Diagnose gestellt. Von 27 Operierten sind nur 3 gestorben.

Schmieden (Bonn).

27) **P. Sick.** Zur Differentialdiagnose und Ätiologie inkarzerierter Hernien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 596.)

Zwei kasuistische Mitteilungen aus der Kieler Klinik, an welche allgemein-herniologische Betrachtungen angeknüpft werden.

1) Darmperforation im Bruchsacke durch Knochensplitter.

Es handelt sich um eine ungewöhnlich fettleibige Person, der früher eine mächtige Nabelhernie exstirpiert war. In der Narbe hatte sich ein kleiner Bauchbruch entwickelt, von dem nun eine inkarzerationsähnliche, schwere Erkrankung ausgegangen war — mit schwerer Kotphlegmone wurde Pat. aufgenommen. Bei der anscheinend schon fast in Agone ausgeführten Operation ausgedehnte Exzision der gangräneszierenden Bauch- und Bruchdecken, in der Tiefe eine verwachsene

perforierte Darmschlinge. Wider Erwarten besserte sich das Befinden und stellte sich gute Wundreinigung ein; doch ging schließlich die Pat. an Herzschwäche und Phlebitis der rechten Schenkelvene zugrunde. Vorher hatte sich aus der Darmfistel ein $2^1/_2$ cm langer, $^1/_2$ cm dicker, spitzig (spiralig) abgebrochener Hühnerknochen entleert, und ist auf die Durchbohrung der im Bruche liegenden Darmschlinge durch diesen, nicht durch gewöhnliche Darmbrucheinklemmung mit konsekutiver Gangrän die schwere Erkrankung zurückzuführen. Die anatomischen Beobachtungen bei Operation und Sektion des Falles lassen annehmen, daß nur ein Teil des betroffenen Darmabschnittes in die Pforte ragte und mit derselben verwuchs. Die hierdurch gegebene Herabsetzung der Darmlichtung und Darmbeweglichkeit behinderte den Weitertransport des Knochenstückes und führte zum Ein- und Durchspießen der Darmwand durch dasselbe.

2) Pseudodivertikel als Bruchinhalt.

In dem eingeklemmten rechtsseitigen Schenkelbruch eines 39jährigen Mannes fand sich ein brandiges, einem prall gespannten und flektierten Gummifinger ähnliches, der konvexen Darmseite aufsitzendes Divertikel. Eine Darmresektion führte zur Heilung. Das Divertikel hatte zunächst als ein »wahres« bezw. Meckelsches imponiert, war aber ein solches nicht, da seine Wand nur aus Muskularis und Serosa bestand. Es muß also durch eine allmähliche Ausstülpung der Darmwand entstanden sein, wobei Schleimhaut und Muskularis einen Riß erfuhr und schließlich die Serosa allein weiter vorgetrieben wurde (Littre'sche Hernie). Die Einklemmung hatte, wie die anatomische Prüfung des Resektionspräparates ergab (vgl. eine Abbildung im Original), nicht das Divertikel allein, sondern $^3/_4$ Umfang der das Divertikel tragenden Schlinge betroffen; verwachsen war der Darm am zuführenden Ende, das Divertikel selbst von Verwachsung frei. Hiernach hält S. dafür, daß die Einklemmung nach dem von Wilms geschilderten Mechanismus erfolgte: starke Füllung des in den Bruchsack getretenen Darmteiles (das Divertikel war bei der Operation strotzend angefüllt), danach weiteres Herabtreten des abführenden Darmteiles in den Bruch, bis dessen Ring durch das Durchgetretene völlig ausgefüllt ist.

Zum Schluß wird der 22 Fälle gedacht, welche als Brüche des Meckel'schen Divertikels beschrieben sind, und ausgeführt, daß davon wahrscheinlich manche als unsicher anzusehen sind. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

28) **M. M. Krinkow.** Über Blasenschenkelbrüche.

(Russ. Archiv f. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1. [Russisch.])

Zur Besprechung der einschlägigen Literatur wird K. durch folgenden eigenen Fall von »Cystokele paraperitonealis« bewogen.

Die 86jährige Pat. hatte seit 4 Tagen keinen Stuhl. Vor 2 Tagen bemerkte sie eine Geschwulst in der linken Leiste. Keine Beschwerden von seiten der Blase.

Bei der Aufnahme fand sich eine hühnereigroße Schwellung unter leicht geröteter Haut; tympanitischer Perkussionsschall. Es wurde ein eingeklemmter Schenkelbruch angenommen und sofort operiert.

Der im Bruchsack enthaltene Dünndarm konnte reponiert werden. Der mediale Teil des Bruchsackes erwies sich als verdickt, und bei seiner Ablösung wurde ein zweiter Sack eröffnet. Der in diesen zweiten Sack eingeführte Finger berührte hinter der Symphyse einen von der Harnröhre in die Blase eingeführten Katheter. Der Bruchsack und die hier äußerst dünne Blasenwand waren 5 cm weit fest verwachsen. Die 5 cm lange Blasenwunde wurde in 2 Etagen vernäht. Tamponade. Während der 4 ersten Tage wurde Pat. katheterisiert. Verlauf glatt. Die Blasennaht hielt absolut dicht. **V. E. Mertens** (Breslau).

29) **v. Tabora.** Zur unblutigen Behandlung narbiger Magenveränderungen.

(Therapie der Gegenwart 1904. Nr. 2.)

Anknüpfend an die Mitteilungen von Lewandowski und Roos über die Verwendbarkeit des Thiosinamins zur Erweichung von im Innern des Körpers ge-

legenen Narben berichtet v. T. über einen Fall von Sanduhrmagen, wo es ihm gelang, eine starre Magennarbe durch Einspritzung von Thiosinamin unter gleichzeitiger Massage »über dem geblähten Magen« zur Heilung zu bringen. Injiziert wurde 3 Monate lang alle 2 Tage 1 ccm einer 20%igen Glyzerin-Wasserlösung von Thiosinamin. Die »Massage über dem geblähten Magen« wurde so ausgeführt, daß durch eine Magensonde mit Hilfe eines Gebläses Luft in den Magen gepumpt und letzterer dadurch in einen mittleren Grad von Spannung versetzt wurde. Auf dem so gespannten Magen wurde mittels Effleurage massiert.

v. T. glaubt, daß von Magenleiden durch die beschriebene Methodenkombination zur Besserung gebracht werden können perigastritische Verwachsungen sowie mittlere Grade von narbiger Pylorusstenose. **Silberberg** (Breslau).

30) **Moynihan.** Phlegmonous gastritis.

(Med. chronicle 1903. November.)

M. hat die bisher veröffentlichten 81 Fälle von Gastritis phlegmonosa gesammelt und gibt deren Kranken- und Sektionsprotokolle wieder. Kurze Erörterungen über Symptomatologie und Pathologie des Leidens sind beigefügt.

Kleinschmidt (Charlottenburg).

31) **R. Stich.** Beiträge zur Magenchirurgie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 2.)

Den Besprechungen des Verf. liegen 172 mit wenigen Ausnahmen von Garrè seit dem Jahre 1894 in Rostock und Königsberg ausgeführte Magenoperationen zugrunde.

Vorangestellt ist eine kurze Auseinandersetzung über Indikationsstellung und Technik. Aus derselben sei folgendes hervorgehoben: Es wurde bei Magenkarzinom die Resektion vorgenommen 1) wenn die räumliche Ausdehnung des Karzinoms die Ausführung derselben nicht allzusehr erschwerte, 2) wenn nicht unlösliche Verwachsungen mit den benachbarten Organen vorhanden waren, 3) wenn weder in der Leber, noch in anderen, ferner liegenden Organen Metastasen nachgewiesen wurden. Metastasen der nächsten Umgebung des Magens boten keine Kontraindikation, da sie mitexstirpiert werden können.

Waren diese Bedingungen nicht erfüllt, so wurde, falls eine Pylorusstenose bestand und noch genügend gesunde Magenwand vorhanden war, die Gastroenteroanastomose ausgeführt.

Bei gutartigen Magenaffektionen wurde operativ eingegriffen 1) wenn Verdacht auf Karzinom bestand, 2) bei vorhandener oder drohender Perforation, 3) bei akuten Blutungen, sobald es nicht bei einer einmaligen stärkeren Blutung blieb, 4) bei immer wiederkehrenden kleineren Blutungen, wenn höchstens drei richtig durchgeführte Geschwürskuren zu keinem Ziele führten, 5) bei hochgradiger Pylorusverengerung, 6) bei schweren Gastralgien durch Verwachsungen oder frisches Geschwür, 7) bei schweren atonischen Zuständen des Magens, besonders wenn gleichzeitig erhebliche Dilatation bestand.

Von 27 Pylorusresektionen wurden 26 wegen Carcinoma ventriculi, 1 wegen Geschwürsstenose vorgenommen. Auf diese 27 nach beiden Billroth'schen Methoden ausgeführten Operationen kamen 7 Todesfälle. 9 der Radikaloperierten leben noch anscheinend rezidivfrei.

Die Gastroenterostomie wurde bei Karzinom 55mal ausgeführt, und zwar kam die Anterior und Posterior in ungefähr gleich großen Serien zur Anwendung. 19 Pat. starben, von den 36 entlassenen lebten noch 3, über 12 weitere ließen sich Erkundigungen einziehen. Nach diesen betrug die kürzeste Lebensdauer nach der Operation $1^1/_2$, die längste 18 Monate.

Bei gutartigen Magenaffektionen wurde die Resectio pylori 1mal, die segmentäre Resektion 3mal, die Gastroplastik und Pyloroplastik 9mal, die Gastroenterotomie 36mal, die Gastrolyse 6mal, die Jejunostomie 2mal, die Probelaparotomie

1mal ausgeführt. Die Sterblichkeit betrug bei den gutartigen Magenerkrankungen (63 Fälle bei 57 Personen) 6 = 9,5%.

Bezüglich der Einzelheiten der interessanten Besprechungen muß auf das Original verwiesen werden. **Blauel** (Tübingen).

32) **W. Hoffmann.** Zur Kasuistik der Duodenalstenose und deren Behandlung durch Gastroenterostomie.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Verf. bespricht zuerst die Diagnostik der Duodenalstenose unter Berücksichtigung ihres Sitzes oberhalb bezw. unterhalb der Einmündungsstelle der Galle und des Pankreassaftes; ferner bespricht er die Ursachen der Stenosen (Geschwülste, Geschwüre, Tuberkulose, Verwachsungen und Erkrankungen der Nachbarorgane).

Den wenigen bisher operativ durch Gastroenterostomie behandelten Fällen fügt er einen neuen aus der Helferich'schen Klinik hinzu. Es handelte sich um eine im wesentlichen unterhalb der Papille gelegene Stenose, und zwar auf entzündlicher Basis, hervorgerufen durch ausgedehnte peritoneale Verwachsungen bei einem jungen Manne. Die hintere Gastroenterostomie, die wegen der Verwachsungen auf gewisse Schwierigkeiten stieß, brachte völlige Heilung des Leidens.

Schmieden (Bonn).

33) **M. v. Čačković.** Ruptur der Flexura sigmoidea bei tangentialer Stomie am Colon transversum.

(Liečnički viestnik 1904. Nr. 2. [Kroatisch.])

Beim 75jährigen Pat. mit Darmverschluß ohne mögliche sichere Diagnose führte Verf. die laterale (tangentiale) Kolostomie am Querkolon aus. Glatter Verlauf. Stuhl abwechselnd durch die Fistel und durch den Mastdarm. 3 Wochen nach der Operation Grimmen im linken Unterbauche, das auf erfolgreiches Klysma nachläßt, dann Temperaturerhöhung und Tod. Keine peritonealen Erscheinungen.

Bei der Sektion wurde Peritonitis gefunden. Die Flexura sigmoidea bildet eine bis zur Mittellinie reichende Schleife, ist unterarmdick, hart. Am Übergang in den Mastdarm ein apfelgroßes Karzinom. Zirka 15 cm vor demselben ein über 2 cm langer Riß in der Flexur, aus dem sich Kot entleert. Die ganze Flexur angefüllt von Kot lehmartiger Konsistenz. Im ganzen Kolon harte Kotknollen. Die Ruptur entstand offenbar durch Perforation eines Dekubitalgeschwüres.

Die tangentiale Enterostomie hat den Vorteil, daß sie im Bedarfsfalle leicht wieder verschlossen werden kann (im vorliegenden Falle konnte ein gutartiges, entzündliches Hindernis nicht ausgeschlossen werden), aber den Nachteil, daß der Darminhalt an derselben vorbeigehen kann. Dadurch füllt sich der abführende Schenkel, es entsteht eine Defäkation im entgegengesetzten Sinne (Rückfluß), die kranke Stelle ist vom Reize nicht befreit. Der obige Fall beweist, daß eine solche mangelhafte artefizielle Defäkation eine große Kotanhäufung im abführenden Schenkel, Perforation und tödliche Peritonitis bedingen kann. Verf. verwirft daher bedingungslos jede laterale (tangentiale) Enterostomie und will nur solche Methoden gestatten, wo eine vollständige Entleerung des zuführenden und eine vollständige Leere des abführenden Schenkels sicher ist.

(Selbstbericht.)

34) **McCosh and Thacher.** A rare tumor of the jejunum; excision, recovery.

(Med. and surg. report of the Presbyterian Hospital New York, 1902. Januar.)

Eine 43jährige, familiär nicht belastete Frau war 3 Jahre vor ihrer Aufnahme mit krampfartigen Leibschmerzen erkrankt, die sich in allmählich kleineren Zwischenräumen wiederholten und besonders bei Verstopfung und nach reichlichen Mahlzeiten einstellten. In den anfallsfreien Zeiten litt sie nur unter Aufstoßen

und Kollern im Leibe. Einmal leichte Gelbsucht, keine Fröste, 20 Pfund Gewichtsabnahme im letzten Jahre. Seit kurzem traten die Anfälle täglich auf und dauerten von wenigen Minuten bis zu 2 Stunden.

In dem gespannten Bauche war am Hauptsitze der Schmerzen, unterhalb und links vom Nabel, eine unbestimmte, bei kombinierter Untersuchung deutlicher abzugrenzende Resistenz zu fühlen, die den Verdacht auf eine bösartige Neubildung erweckte.

Die Laparotomie ergab eine spindelförmige, 4—5 Zoll lange, bis $2^1/_2$ Zoll dicke, feste, höckrige, ringförmige Geschwulst des Jejunum, dessen Mesenterium hier bis zum Ansatz an die Wirbelsäule bis zu Taubeneigröße geschwollene Lymphdrüsen aufwies. Resektion im Gesunden mit einem V-förmigen Teile des Gekröses; völlige Genesung mit 30 Pfund Gewichtszunahme.

Die nach der äußeren Betrachtung krebsähnliche Neubildung mit einer knapp für eine Sonde passierbaren Lichtung erwies sich mikroskopisch aus Rundzellen vom Charakter der Lymphocyten zusammengesetzt, die in der Schleimhaut dichte, nur von erweiterten Kapillaren unterbrochene Lager bildeten, in der Submukosa teils diffus, teils in Häufchen in das Grundgewebe eingestreut, in der Muskularis und Subserosa in gleicher Anordnung, aber geringerer Zahl anzutreffen waren. Plasmazellen, eosinophile und polynukleäre Leukocyten waren spärlich, epitheloide Zellen — wie in Tuberkeln — gar nicht vorhanden. Riesenzellen, Nekrosen, Verkäsungen und Tuberkelbazillen konnten nicht nachgewiesen werden. Das Bild war demnach sehr ähnlich dem eines kleinzelligen Rundzellensarkoms. Trotzdem und trotz der ungewöhnlichen Lokalisation halten die Verff. die Geschwulst mit großer Wahrscheinlichkeit für eine tuberkulöse auf Grund ähnlicher Befunde von Hartmann und Pilliet (Bull. de la soc. anat. de Paris Vol. V p. 471 1891) und Lartigan (Journ. of experim. med. Vol. VI Nr. 1 1901 November 29).

Angesichts der die Diagnose noch zweifelhaft lassenden mikroskopischen Präparate der Darmgeschwulst wäre eine Untersuchung der mitexstirpierten Lymphdrüsen, von der nichts berichtet wird, entschieden angezeigt gewesen.

Gutzeit (Neidenburg).

35) **E. Šlajmer.** Ileus paralyticus infolge zahlreicher Geschwüre des ganzen Darmkanales.

(Liečnički viestnik 1904. Nr. 2. [Kroatisch.])

Der 42jährige Pat. leidet seit 8 Tagen an Darmverschluß; er hatte vor 4 Monaten einen ähnlichen Anfall. Wegen Schwäche des Kranken Ileostomie. Erleichterung der Beschwerden durch bedeutende Entleerung; doch verfällt Pat. weiter und stirbt in der Nacht des Operationstages.

Bei der Obduktion wurde kein mechanisches Hindernis gefunden, jedoch der ganze Darm voll Geschwüre der Schleimhaut, so daß dieselbe siebartig durchlöchert ist und sich auch stellenweise wie der Boden eines Siebes abheben läßt. Die Geschwüre sind am größten im Coecum und im Colon ascendens (3—4 cm lang und bis 2 cm breit), nehmen dann gegen die Endpunkte (oral- und analwärts) ab, die meisten sind oval oder rund, von 1 cm Durchmesser, im Jejunum und in der Flexura hirsekorngroß.

Dieser Prozeß ist sehr selten und entspricht dem von E. Maragliano beschriebenen (Eine besondere Form von geschwüriger Darmentzündung, Berliner klin. Wochenschrift 1904 Nr. 13). Im Krankenbilde herrschen die Symptome des paralytischen Ileus vor; die Krankheit endet oft mit Perforation.

v. Cačković (Agram).

36) **Andrassy.** Über Ileus und Atropin.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1904. Januar 9.)

Bericht über sechs Fälle von innerem Darmverschluß, welche mit Atropin behandelt wurden, fünfmal ohne jeden Erfolg, worauf die Laparotomie gemacht wurde (zwei Heilungen). In allen diesen Fällen fanden sich mechanische Hindernisse. In dem einzigen erfolgreichen Falle handelte es sich um Ileus paralyticus

nach Herniotomie und Radikaloperation eines seit 18 Stunden eingeklemmten Leistenbruches; auf Atropin am 5. Tage kam Stuhl und schnelle Genesung. Verf. empfiehlt, solange bei Verdacht auf inneren Darmverschluß die Diagnose noch nicht feststeht, auf jeden Fall Atropin zu geben. **Mohr** (Bielefeld).

37) **P. Sick.** Primäre akute Typhlitis (stercoralis).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 591.)

Als neuen Beweis für das tatsächliche Vorkommen der bekanntlich gegenwärtig etwas in Mißkredit gekommenen primären Typhlitis stercoralis veröffentlicht S. eine eigene Beobachtung. 58jährige, bisher gesunde Köchin, akut fieberhaft mit perityphlitisartigen Erscheinungen erkrankt. Druckempfindlichkeit und Resistenz der Blinddarmgegend, Stuhlverstopfung. Nach 5tägiger Krankheitsdauer Operation unter Annahme eines Abszesses. Doch zeigte sich das Bauchfell ohne bedeutende Verdickung und fast durchsichtig. Die Geschwulst gehörte, wie schon vor Eröffnung des Bauchfelles tastbar war, dem Blinddarm an, fluktuierte nicht und war von knetbarer Beschaffenheit, festweichen, verschieblichen Kotmassen entsprechend. Bei Öffnung des Bauchfelles zeigten sich leichte Verwachsungen zwischen Parietal- und Visceralblatt. Der Blinddarm, an welchem der völlig normale Wurmfortsatz, ist abnorm nach verschiedenen Seiten beweglich und zeigt vorn unten eine etwa erbsengroße Stelle, wo sich das Bauchfell blasig verdünnt vorwölbt, so daß der Kot darunter durchschimmert. Umgebung leicht infiltriert, andere ähnliche Partien in der Nähe vorhanden. Die als Dekubitus bezw. Geschwür angesprochene Stelle wird übernäht, dann ein Jodoformgazedrain eingelegt und die Bauchwand genäht. In der sonst glatt verlaufenden Rekonvaleszenz trat mehrmalige Fiebersteigerung mit Stuhlverstopfung auf, so daß häufig mit Rizinus nachgeholfen werden mußte, was wiederum auf den in Verstopfung bestehenden Grund der Krankheit hinweist, die als Schleimhautkatarrh und Dekubitus infolge von Kotstauung anzusprechen ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

38) **É. Lafforgue.** Kystes de l'appendice coecal. (Kyste muqueux et kyste hydatique.)

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 4.)

I. Bei der Sektion einer Araberin wurde eine 14 cm lange Cyste des Proc. vermif. gefunden, mit einem Durchmesser von 2 cm. Sie war prallelastisch und enthielt grauen, zähen Schleim. Die Wand der Cyste war verdünnt, bot mikroskopisch keine Besonderheiten. Verf. nimmt an, daß durch Vernarbung dysenterischer Geschwüre, deren Reste im Coecum zu finden waren, die Mündung des Wurmfortsatzes abgeschnürt sei.

II. Im zweiten Falle handelte es sich um ein arabisches Kind, das an ausgedehnter Mesenterialechinokokkose zugrunde ging. Im 16 cm langen Proc. vermif. fanden sich zwei ca. pflaumengroße, $^1/_2$ cm voneinander entfernte Cysten, die sich als typische Echinokokkusblasen auswiesen. Verf. vermutet, daß die Infektion auf dem Blutwege stattgefunden hat. **V. E. Mertens** (Breslau).

39) **R. H. Parry.** Large faecal concretion which was lodged in the coecum and which necessitated excision of the coecum.

(Glasgow med. journ. Bd. LXI. p. 135.)

Wegen Verdacht auf Karzinom des Blinddarmes wurde derselbe reseziert. Es stellte sich heraus, daß die fühlbare, derbe Geschwulst lediglich ein Kotkonkrement war, jedoch ergab die mikroskopische Untersuchung einer Wandverdickung Karzinom. Heilung. **M. v. Brunn** (Tübingen).

40) **N. Senn.** Case of splenomedullary leukaemia successfully treated by the use of the Röntgen rays.

(New York med. record 1903. August 22.)

Nachdem S. schon zwei Fälle von Pseudoleukämie erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt hatte, gelang es ihm, einen typischen Fall von splenomedullärer

Leukämie in gleicher Weise günstig zu beeinflussen. Die Pat. war eine 29jährige Frau mit enorm geschwollener Milz und vergrößerter Leber. Blutbefund: Leukocyten, Myelocyten, Erythrocyten, 56% Hämoglobin, ausgesprochene Poikilocytosis und zahlreiche eosinophile Zellen. Die Milz, das untere Ende des Brustbeines und die epiphysären Teile der langen Röhrenknochen wurden täglich 10—20 Minuten beleuchtet. Während des Abschwellens der Milz traten Allgemeinerscheinungen auf, Temperatursteigerung und andere Symptome von »Intoxikation«. Dies ist der einzige Fall von derartiger Leukämie, die S. heilen sah, und er schreibt dies nur der langdauernden Einwirkung der Röntgenstrahlen zu, deren antibakterielle Wirkung vermutlich das Heilmittel sei. **Loewenhardt** (Breslau).

41) **Neck.** Über operativ behandelte Fälle von Perforation der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 334.)

N. bringt zu seinem interessanten Thema zwei von Reichel (Chemnitz) mit Glück operierte Fälle bei, denen er die sonst in der Literatur auffindbaren Parallelfälle (neun) anreiht. Von diesen elf Kranken sind acht durch die Operation gerettet worden.

Im ersten Falle Reichel's hatte die 43jährige Kranke vordem keine Cholelithiasissymptome gehabt; die akute und alsbald peritonitisartige Erscheinungen gebende Erkrankung war diagnostisch unklar, da Darmeinklemmung in einem pflaumengroßen Nabelbruche nicht ausschließbar war. In der zunächst in der Mittellinie geöffneten Bauchhöhle entleert sich Schleim-Eiter von rechts oben her. Freilegung der Gallenblasengegend durch hinzugefügten Schrägschnitt. Ein erbsengroßes Loch in der Gallenblasenkuppe, eitrigen Schleim entleerend, wird gefunden. Dilatation der Öffnung, 12 Gallenblasensteine entfernt. Da Einnähung der Blase wegen Durchschneiden der Fäden untunlich, Gummirohrdrainage nebst Gazetamponade der Bauchhöhle. Die ersten Tage noch Fieber, dann völlige Heilung binnen 5 Wochen.

Im zweiten Falle (42jährige Frau) wurde wegen Peritonitis, die aus anamnestischen Gründen wahrscheinlich mit Gallengangserkrankung zusammenhängend erschien, zunächst nur laparotomiert und drainiert, da die Exzision des fühlbaren Choledochussteines einstweilen sich des schlechten Allgemeinzustandes wegen verbot — aus der Bauchhöhle hatte sich gallig gefärbte Flüssigkeit entleert. Die hiernach eintretende Besserung wurde nach ca. 4 Wochen durch Schmerzen, Fieber, Koliken und Ikterus gestört, weshalb zum zweitenmal eingegangen wurde. Mit einigen Schwierigkeiten und stumpfer Durchdringung derber Verwachsungen wird in den Winslow'schen Sack eingegangen und der Choledochusstein wieder gefunden. Extraktion des kirschgroßen Steines mittels 3 cm langen Choledochalschnittes. Wegen Abganges trüber Galle Rohrdrainage des Hepaticus, im übrigen Tamponade — die Gallenblase war nicht unterscheidbar gewesen. Auch dieser Fall gelangte zur Heilung.

Außer den eigenen Krankengeschichten werden auch die der anderen Autoren mitgeteilt. Das gesammelte Material ergibt, daß die Größe der Gallenblasenperforationen von Erbsengröße bis zu einem 2 cm langen Riß variierte, und daß stets nur eine Perforation vorlag, deren Sitz übrigens an keine Prädilektionsstelle gebunden war. Der peritoneale Erguß, bald gallig-serös, bald gallig-blutig, bald schleimig-eitrig, war meist mäßig groß, betrug höchstens 2 Liter. In einem Falle hatte der Blasenriß stark geblutet und hierdurch zum Tode beigetragen. Gibt die Anamnese, was nicht immer der Fall war, Anhalt für Vorliegen von Cholelithiasis, so wird die Diagnose erleichtert, die ohne das fälschlich auf Volvulus oder sonstigen Darmverschluß öfter gestellt ist. Da einige Kranke trotz verhältnismäßig später Operation (nach 36 Stunden bis 3 Tagen) gerettet sind, scheint die Prognose der Gallenblasenperforation etwas besser als die vom Magen und Darme. Trotzdem ist auch, wo nur ein Verdacht auf sie vorliegt, frühzeitigst einzugreifen. Das Auffinden der Blasenperforationsstelle, die nach Öffnung des Leibes die erste Aufgabe ist, hat meist keine Schwierigkeiten gemacht. Ihr hat

die Entfernung der Gallenblasensteine und die Versorgung der Blase zu folgen. Der Nahtverschluß der Blase stieß wegen Brüchigkeit der Wände wiederholt auf Schwierigkeit, weshalb für gewöhnlich sich Anlage einer Gallenblasenfistel mit Tamponade empfiehlt, event. auch die Cystektomie in Frage kommen kann. Die Bauchwunde wird der Regel nach partiell offen zu lassen sein, obwohl einmal auch die gewagte völlige Wundvernähung zur Heilung geführt hat.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

42) J. Z. Thomas and A. H. Schölberg. Cholecystotomy for acute postenteric infection of the bile channels; recovery; demonstration of the presence of the bacillus typhosus.

(Lancet 1903. Februar 20.)

Ein sehr interessanter Fall von akut auftretender Cholecystitis im Anschluß an eine nicht ganz klar bestimmte, fieberhafte abdominelle Krankheit, an der Pat. 5 Wochen lang zu Bett gelegen hatte. Die Operation zeigte eine vergrößerte, unter starker Spannung gefüllte Gallenblase, welche mit zum Teil milchiger, zum Teil klar durchscheinender Flüssigkeit angefüllt war, in der Typhusbazillen und Kolibazillen in typischer Form nachgewiesen wurden. Irgendwelche Konkremente fanden sich in der Gallenblase nicht. Die Infektion geschah offenbar aufsteigend vom Darm aus durch die Gallengänge. Die entsprechenden Fälle von Cholecystitis typhosa aus der Literatur werden kurz erwähnt.

H. Ebbinghaus (Berlin).

43) Cabot. Acute flexion of the gall bladder as a cause of biliary colic. Relief by operation.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Dezember 31.)

I. Bei einer 50jährigen Frau traten heftige Gallenkoliken auf, die Operation veranlaßten. Es fanden sich keine Steine, dagegen eine vergrößerte, verlängerte, ausgedehnte Gallenblase, die vom Drucke der Rippen über ihre Mitte stark geknickt war. Zug am Fundus glich den Knick aus. Annähen an die Bauchwand und Drainage beseitigte die Beschwerden.

II. Ein kräftiger Mann hatte mehrere Kolikanfälle gehabt, nach dem letzten chronische Beschwerden in der Lebergegend. Bei der Operation fand sich die Gallenblase verlängert, erschlafft und in ihrer Mitte geknickt. Cholecystektomie, Genesung.

Bei beiden Fällen war die Verlängerung der Gallenblase auffällig, die es offenbar erst möglich machte, daß eine Knickung zustande kam.

Trapp (Bückeburg).

44) A. Deschin und W. Schmidt. Zur Frage von der Behandlung der angeborenen Harnfisteln des Nabels.

(Chirurgie 1904. Januar. [Russisch.])

9 Jahre altes Mädchen. Der Urachus hat die Form eines Konus ohne deutliche Abgrenzung von der Blase. Es wurde oben ein 3—4 cm langes Stück möglichst vorsichtig vom Bauchfell abgelöst (obwohl nicht ohne Verletzung desselben), vom Blasenende abgetrennt, durch den Nabel herausgestülpt und entfernt; das Blasenende wird zweireihig vernäht. Vollständige Heilung.

Nach Verff. genügt eine derartige Entfernung eines kleinen Stückes oben zur Heilung der Fisteln.

Gückel (Kondal, Saratow).

45) B. S. Koslowski. I. Vereiterte Urachuscyste. II. Adenom aus Resten des Ductus omphalo-entericus.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

I. Der 34jährige Pat. litt vor 15 Jahren 2—3 Wochen an Eiterabsonderung aus dem Nabel. Später war er gesund, bis in letzter Zeit häufiger Schmerzen

unterhalb des Nabels auftraten, die besonders beim Reiten sehr lästig waren. Schließlich begann die Eiterung wieder und führte den Kranken ins Hospital.

Pat. hatte keine Hernien, der Nabelring war geschlossen. In der Tiefe des Nabels saß eine Granulationsgeschwulst. Eine Sonde gelangte distal in Richtung der Linea alba 3—4 cm weit, und zwar in der Tiefe der Bauchdecke. Nach der Sondierung kam reichlich grünlicher Eiter.

Durch die Operation wurde eine taubeneigroße Höhle aufgedeckt. Nach Auskratzung der torpiden Granulationen zeigte sich, daß die hintere Wand durch die Fascia transversa, die vordere durch ein ungewöhnlich derbes, fibröses Gewebe gebildet wurde. Nach nochmaliger Auskratzung und breiter Eröffnung der ganzen Höhle wurde das Ganze tamponiert. In 5 Wochen war Pat. völlig hergestellt. — Keine mikroskopische Untersuchung.

II. In der Mitte zwischen Nabel und Symphyse hatte der 55jährige, elende Kranke eine sehr schmerzhafte, harte, wenig verschiebliche Geschwulst, die in 5 Jahren langsam herangewachsen war. Sie saß in der Bauchwand in der Mittellinie und hatte ungefähr Form und Größe der Patella des Pat. Zum Nabel ließ sich ein Strang von der Stärke eines Gänsekieles verfolgen, ein gleicher Strang ließ sich auf eine ganz kurze Strecke zur Symphyse hin tasten. Die Haut unverändert und verschieblich.

Pat. bat dringend um Operation, die den Befund bestätigte. Die Geschwulst konnte nur unter Mitnahme von Muskeln, Fascien und Peritoneum entfernt werden. Der aufwärts führende Strang wurde samt dem Nabel entfernt, vom abwärts führenden, der in das Lig. umbilicale med. überging, 3 cm. Bauchnaht in drei Etagen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Gewirr von verschieden starken Drüsengängen mit einschichtigem Zylinderepithel. Das derb fibröse Stroma enthielt hier und da glatte Muskelfasern. Da das Epithel Neigung zu Wucherung und Durchbrechung der Membrana propria zeigte, wurde der Tumor als Fibroadenoma submalignum bezeichnet. **V. E. Mertens** (Breslau).

46) **Decherd.** A case of complete bilateral duplication of the ureters.

(Amer. journ. of the med. sciences Vol. CXXVII. Nr. 2.)

Es handelte sich um einen zufälligen Sektionsbefund bei einem an Dysenterie verstorbenen Manne; die Abnormität hatte zu keinerlei Erscheinungen geführt. Die vier Harnleiter hatten normale Größe und mündeten in getrennten Öffnungen in die Blase. Letztere zeigte sonst ebenso wie die Nieren keine Abweichung von der Norm.

Ein derartiges Verhalten der Harnleiter ist außerordentlich selten. Nach einer Zusammenstellung von Gould sind nur zehn derartige Fälle in der Literatur niedergelegt. **Engelmann** (Dortmund).

47) **H. Young.** Rétrécissement de l'extrémité inférieure de l'urétère causé par la compression d'une vesicule séminale enflammée.

(Ann. des malad. génito-urin. Bd. XXII. Hft. 1.)

Verf. teilt zunächst die genaue Krankengeschichte eines 22jährigen Bleiarbeiters mit, bei dem eine Verlegung des einen Harnleiters mit sekundärer Veränderung der Nieren durch einen alten Entzündungsprozeß der Samenblasen zustande gekommen war. Bei der extraperitonealen Freilegung der Niere und des Harnleiters fand sich letzterer dilatiert bis 1 cm oberhalb der Blase, wo er durch eine von der vergrößerten und indurierten Samenblase gebildeten entzündlichen Schwarte fest umschlossen war. Nephro-Ureterektomie; Heilung.

Im Anschluß an diese sehr seltene Beobachtung berichtet Verf. noch über mehrere Fälle von Steinen, die im juxtavesikalen resp. intraparietalen Teile des Harnleiters eingeklemmt waren. In dem einen Falle — 31jähriger Mann — wurde das Konkrement mittels Cystoskops diagnostiziert und durch den Casper-

schen Harnleiterkatheter in das Blaseninnere gestoßen, woraus er mit dem Urin entleert wurde. Im zweiten Falle — 25jähriger Mann — wurde das im juxtavesikalen Teile sitzende Konkrement mittels Harnleiterkatheters und Skiagraphie diagnostiziert. Ureterolithotomie; Naht des Harnleiters; Heilung. Im letzten Falle endlich — 29jähriger Kranker — handelte es sich um einen wahrscheinlich seit 2 Jahren im rechten Harnleiter eingeklemmten Stein. Extraktion mittels extraperitonealer Ureterolithotomie. Narbige Verengerung des intraparietalen Harnleiterabschnittes. Sondenbehandlung ohne Erfolg. Heilung durch laterale Cystotomie und intravesikale Ureterotomie. **P. Wagner** (Leipzig).

48) **Thorndike and Cunningham. Hypernephroma.**

(Boston med. and surg. journ. 1903. Dezember 3.)

Fall I. Bei einem 48jährigen Manne bestanden schon seit Jahren Beschwerden in der rechten Nierengegend und Hämaturie, welche zeitweise aufhörte, unter bedeutender Steigerung der Schmerzen. Gelegentlich Entleerung von Blutgerinnseln. Im rechten Hypochondrium wurde eine harte, knotige Geschwulst gefunden. Operation transperitoneal. Das überliegende Bauchfell zeigte zahlreiche ausgedehnte Blutgefäße. Die Geschwulst nahm die ganze Niere ein und erstreckte sich noch entlang den Nierengefäßen und dem Harnleiter, welcher stark infiltriert war. Es gelang auch nicht, alle Geschwulstmassen von den Gefäßen zu entfernen. Genesung. Die Untersuchung der Geschwulst ergab in Nierengewebe eingebettete Geschwulstmassen von Nebennierencharakter.

Fall II. 52jährige Frau. Beschwerden in der rechten Nierengegend nach einem Stoß in die Seite. Hämaturie. Schmerzen strahlen in die Blase aus. Geschwulst in der rechten Nierengegend. Operation transperitoneal. Zahlreiche Verwachsungen mit dem Peritoneum. Die ganze Niere knotig von Geschwulstmassen durchsetzt. Exstirpation. Der Harnleiter war weithin krank. Genesung. Die ganze obere Nierenhälfte war von der Geschwulst eingenommen; spärliche kleine Knoten auch im unteren Teile der Niere. Die Geschwulst hat eine eigene Kapsel, besteht aus Nebennierengewebe.

Fall III. 52jähriger Mann. Seit 15 Wochen Schmerzen im Rücken. Hämaturie, Gerinnsel im Urin; während der Hämaturie Vermehrung der Urinmenge. Bei Verstopfung des Harnleiters durch Blutgerinnsel in die Eichel ausstrahlender Schmerz. Cystoskopisch wurde ein aus dem Harnleiter herabhängendes Gerinnsel gefunden. Geschwulst nicht nachweisbar. Operation: Lendenschnitt. An der mit der Umgebung verwachsenen Niere einzelne Knoten. Exstirpation. Heilung. Im oberen Nierenpol unter der Kapsel eine Geschwulst aus Nebennierengewebe.

Wichtig für die Diagnose ist die häufig wiederkehrende Nierenblutung, verbunden mit häufigem Urinlassen; zeitweise Verminderung der Urinmenge mit gleichzeitigem Auftreten von Nierenschmerzen und Aufhören der Hämaturie (Verstopfung des Harnleiters durch Gerinnsel). Im gleichzeitigen Auftreten der Schmerzen mit Aufhören der Blutung liegt der wesentliche Unterschied gegen Steinbeschwerden. — Weitere wichtige Ergebnisse der Untersuchungen sind: 1) Eine erkrankte Niere mit Nebennierengeschwulst zeigt im allgemeinen ihre gewöhnliche Form mit knotiger Oberfläche, manchmal ist auf der Außenseite von Geschwulstbildung überhaupt nichts wahrnehmbar. 2) Die Geschwulst ist entweder in Nierengewebe eingekapselt oder liegt dicht unter der Nierenkapsel. 3) Auf dem Durchschnitt ist die Geschwulst gelblich, sie hat ein festes, deutlich abgesetztes Stroma, welches der Geschwulst ein knotiges Aussehen verleiht. Manche dieser Knoten zeigen Blutungen und Degenerationsherde. 4) Das Nierengewebe ist entweder zerstört oder stark durch die Geschwulst zusammengedrückt.

Trapp (Bückeburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.





Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 16. **Sonnabend, den 23. April.** **1904.**

Die Behandlung der Lungentuberkulose mit intrapulmonalen Injektionen von Jodoform-Glyzerin.

Von

Dr. med. **W. Gessner** in Olvenstedt b. Magdeburg.

Wie schon aus der Überschrift hervorgeht, handelt es sich nur insofern um eine neue Behandlungsmethode, als ich jene günstigen Erfahrungen, welche die Chirurgen in unzähligen Fällen von Gelenktuberkulose mit Jodoforminjektionen bereits gemacht haben, auf die Tuberkulose der Lungen zu übertragen versucht habe. Hat man

doch bekanntlich mit diesem Verfahren bei Gelenktuberkulose derartig glänzende Resultate erzielt, daß viele Chirurgen, u. a. auch mein hochverehrter Lehrer v. Bramann, das Jodoform ein direktes Spezifikum bei diesem Leiden zu nennen pflegen.

Bedingung für eine prompte Jodoformwirkung bei Gelenktuberkulose ist, daß es sich um ein frühes Stadium der Krankheit handelt, daß ferner das Medikament in unmittelbare Nähe des Krankheitsherdes gebracht und dieser für längere Zeit ruhig gestellt wird.

Sollten sich diese Forderungen nicht mutatis mutandis auch bei der Lungentuberkulose erfüllen und auf rein chirurgischem Wege unter Wegfall jeglicher internen Medikation dieselben günstigen Resultate auch bei diesem furchtbaren Leiden erzielen lassen? Nach meinen jetzigen Erfahrungen mit dieser Methode glaube ich diese Frage entschieden bejahen zu müssen.

Daß das Lungenparenchym den kleinen chirurgischen Eingriff der Injektion als solchen sicher vertragen würde, war nach den Erfahrungen, welche die unter dem Schutze der Asepsis in den letzten Jahren mehr in Aufnahme gekommene Lungenchirurgie geliefert hatte, a priori ziemlich sicher anzunehmen. Denn bei den Pneumotomien hatte es sich gezeigt, daß man auch das Lungengewebe bis in eine Tiefe von mehreren Zentimetern schneiden oder nähen könne, ohne mit einer schwereren Blutung rechnen zu müssen[1]. Übrigens haben Illig und Rydygier bereits im Jahre 1892 und 1895 bei Lungenaktinomykose intrapulmonale Injektionen von Sublimat resp. Jodkaliumlösungen mit Erfolg ausgeführt.

Wichtig dagegen erschien es mir, eine möglichst feine Injektionsnadel in Anwendung zu bringen. Ich habe meine ersten Injektionen mit Hilfe einer Pravazspritze mit langer Kanüle gemacht und durch wiederholtes Füllen der Spritze 3 ccm einer sterilen 10%igen Jodoform-Glyzerinemulsion injiziert. Später habe ich eine 10 ccm fassende Spritze mit einer etwas stärkeren Kanüle benutzt und gleich 5 ccm Jodoform-Glyzerin injiziert. Neuerdings gebrauche ich ausschließlich eine 5 ccm haltende Patentglasspritze (D. R. P. 119271), und zwar benutze ich die feinere von den beiden dieser Spritze beigegebenen Injektionsnadeln. Ich habe die Injektionen stets von der Rückenfläche aus gemacht, und kommt bei dem fast ausschließlichen Beginn der Lungentuberkulose in der Spitze des Oberlappens als Einstichstelle die Gegend 2—3 Finger breit rechts resp. links vom Proc. spin. des 1.—2. Brustwirbels in Betracht. Der Pat. sitzt bei der Injektion aufrecht im Bett, der Kopf ist nach vorn geneigt. Die in Frage kommende Hautstelle wird mit Chloräthyl leicht zum Frieren gebracht, und nun die gefüllte Spritze an der vorher bezeichneten Stelle unter einem Winkel von 45° zum Horizont eingestochen und langsam durch den ersten Interkostalraum in das Lungenparenchym vorgeschoben. Nun überzeugt man sich durch geringes Zurückziehen

---

[1] Cf. Garrè, Grundriß der Lungenchirurgie.

des Spritzenstempels, daß kein größeres Gefäß angestochen ist und entleert unter langsamem Druck den Inhalt der Spritze. Erst jetzt, beim Entleeren, klagt der Pat. über einen in den Arm ausstrahlenden Schmerz. — Bei Injektionen in den Unterlappen wähle ich als Einstichstelle die Gegend des Angulus cost. der 6.—7. Rippe, welche etwas lateral vom unteren Ende der Scapula liegt, und führe die Nadel unter einem ∢ von 30° zum Horizont durch den 6. Interkostalraum; und zwar divergiert die Richtung der Nadel gleichzeitig mit der Medianlinie, so daß die Spitze der Nadel im Lungenparenchym am weitesten lateral zu liegen kommt. Dadurch erfolgt, worauf es stets ankommt, die Injektion in die periphere von größeren Gefäßen freie Rindenschicht des Unterlappens. Irgendein böser Zwischenfall ist mir bisher bei meinen Injektionen nicht vorgekommen.

Wenn nun auch, analog den Erfahrungen mit der Jodoformtherapie bei Gelenktuberkulose, nur das Frühstadium der Lungentuberkulose, also der reine, durch kein anderes Organleiden oder stärkere Zerstörungsprozesse der Lunge komplizierte Spitzenkatarrh von vornherein nur Aussicht auf Erfolg bieten kann, denn eine durch Kavernen zerstörte Lunge ist ebenso ungeeignet zu Jodoformbehandlung, wie ein durch Fistelgänge eröffnetes Gelenk, so habe ich doch — ne noceam — meine ersten Injektionen bei gänzlich hoffnungslosen Fällen von Lungentuberkulose gemacht. Erst dann bin ich zu frischeren Erkrankungsfällen übergegangen und habe hier, ganz allgemein gesprochen, die Beobachtung gemacht, daß je frischer der Fall, desto schneller und überraschender die Wirkung.

I. Pat., erblich belastet, nach einem Wochenbett vor 2 Jahren erkrankt. Doppelseitige Lungentuberkulose, Darmtuberkulose (chronische Durchfälle mit Blutabgang), Ödeme beider Unterschenkel. Bereits nach zwei Injektionen à 3,0 g in beide Spitzen ging die tägliche Menge des Auswurfes in so überraschender Weise, und zwar dauernd zurück, daß mich die Pat. erfreut darauf aufmerksam machen wollte. Die dritte Injektion mißlang, da dieselbe in eine Kaverne erfolgte und die Pat. das Jodoform sofort wieder aushustete, während sonst durch die Injektion kein Hustenreiz ausgelöst wird. Nach einer weiteren Injektion in einen Unterlappen hatte sich infolge der dauernden Beschränkung des Auswurfes und des Hustens und der nun besseren Nachtruhe der Kräftezustand der Pat. — was auch ein Zurückgehen der Ödeme bestätigte — derart gehoben, daß sie ihr wochenlanges Krankenlager, wenn auch nur auf kurze Zeit, zu verlassen wünschte. Eine Woche später traten nach einem Diätfehler wieder stärkere Darmblutungen ein, welche den Tod in wenigen Tagen herbeiführten.

II. Kind. Lungentuberkulose, Darmtuberkulose (chronische Durchfälle, die jeder Therapie trotzten), Ödeme der Beine. Nach zwei Injektionen à 1,0 in beide Oberlappen ging der Husten in nicht zu verkennender Weise zurück. Als nach Wochen die Durchfälle, welche nie unter 4—5 pro Tag herunterzubringen waren, wieder an Zahl zunahmen, verschlechterten sich auch die Lungensymptome. Exitus.

III. Frau vor 4 Jahren nach Rippenfellentzündung erkrankt. Klimawechsel, Besserung. Vor 2 Jahren Wochenbett, Verschlimmerung. Danach Exstirpation tuberkulöser Halsdrüsen links in der Klinik. Trotz Warnung erneute Schwangerschaft. Abortus artefic. in Frauenklinik. Hiernach weitere Verschlimmerung. Mehrmalige Hämoptoe. Rechtsseitige Halsdrüsentuberkulose. Kehlkopftuberkulose. Nunmehr zwei Injektionen à 3,0 in beide Spitzen. In diesem Falle habe

ich keine Besserung des Hustens und Auswurfes — wohl wegen der gleichzeitigen Kehlkopftuberkulose — konstatieren können und daher weitere Injektionen mit Rücksicht auf die Empfindlichkeit der Pat. unterlassen. Exitus.

Diese Fälle hatten mich sowohl von der Unschädlichkeit, wie auch von der sekretionsbeschränkenden Kraft des Jodoforms auch im Lungenparenchym überzeugt. Ich begann nunmehr mit Jodoforminjektionen auch bei frischeren Fällen von Lungentuberlose:

IV. Pat., deren Mann vor 2 Jahren an Lungentuberkulose verstorben war, hatte ich danach wiederholt wegen Spitzenkatarrhs mit Stichen in der Seite intern behandelt; sie bekam Hämoptoe, klagte über starke Nachtschweiße, völlige Appetitlosigkeit. Auch hier nahm der Husten, die tägliche Menge des Auswurfes und die Seitenstiche bereits nach der ersten Injektion in den linken Oberlappen rapid ab. Nach zwei weiteren Injektionen in den linken Unterlappen und rechten Oberlappen in Intervallen von 10—14 Tagen verschwanden ohne jede andere Therapie die Nachtschweiße und der Appetit kehrte wieder.

V. Auch bei diesem Falle handelt es sich bereits um einen älteren Proseß. Die Pat. hatte bereits vor mehreren Jahren von einem Kollegen Kreosot wegen Lungenkatarrhs verordnet bekommen.

Vor $1^1/_2$ Jahren war sie auch bei mir wegen des gleichen Prozesses in Behandlung gewesen und konnte sich daher dieses Mal erst nach erfolgloser medikamentöser Behandlung zu einer Injektionskur entschließen. Sie klagte über Appetitlosigkeit, Stiche in der Gegend der Herzspitze und über vornehmlich gegen Morgen eintretende und stundenlang anhaltende Hustenanfälle. Nach einer Injektion in den linken Oberlappen, besonders aber nach der zweiten in den linken Unterlappen verschwanden die Stiche, Husten und Auswurf nahmen rapide ab. Der Appetit kehrte wieder.

VI. Einen weiteren Pat. hatte ich bereits vor $2^1/_2$ Jahren wegen Hämoptoe längere Zeit in Behandlung. Pat. litt wiederum an Spitzenkatarrh, Mattigkeit, Appetitlosigkeit. Zwei Injektionen in beide Oberlappen beseitigten die Symptome.

VII. Hier handelt es sich um einen ganz frischen Fall von Spitzenkatarrh. Ich hatte den Pat. erst 5 Wochen ambulant mit Medikamenten erfolglos behandelt, da sich der Pat. mit Rücksicht auf seine Familienverhältnisse keiner längeren Liegekur unterziehen konnte. Eine plötzlich eintretende Hämoptoe warf ihn aufs Krankenlager. Ich stellte am ersten Tage die tägliche Menge des Auswurfes fest und injizierte am zweiten Tage 5 g Jodoform-Glyzerin in die erkrankte Spitze. Der Pat. war am anderen Tage selbst über die rapide Abnahme seines laut bellenden Hustens und seines Auswurfes erstaunt. Nach 3 Wochen waren auch die letzten Spuren des Auswurfes und des morgendlichen Hustens beseitigt. Nach 5 Wochen nahm Pat. trotz meines Abratens seine Arbeit wieder auf. Gerade bei diesem frischen Falle konnte man bei der frappanten Jodoformwirkung in die Versuchung kommen, spezifische Einflüsse anzunehmen.

Auf Grund all dieser Erfahrungen halte ich die Lungentuberkulose in ihrem akuten Anfangsstadium für eine rein nach bewährten chirurgischen Grundsätzen zu behandelnde Krankheit, d. h. Bettruhe von 4—6 Wochen und Injektion von je 5 g Jodoform-Glyzerin in Intervallen von 10—14 Tagen in die einzelnen Lungenlappen. Mit Hilfe dieser Methode kann das Jodoform, das bewährteste Mittel gegen tuberkulöse Leiden, in unmittelbarer Nähe des Krankheitsherdes seine schmerzstillenden, sekretionsbeschränkenden und granulationsbildenden Kräfte betätigen.

Das einzig lästige Moment bei den Jodoforminjektionen ist, daß an den nächsten 2—3 Tagen öfter Schmerzen in der injizierten Gegend auftreten, welche ich auf Rechnung des Glyzerins setzen zu müssen glaube. Die Körpertemperatur bleibt hierbei selbstredend normal. Vielleicht gelingt es durch Ersetzung des Glyzerins durch ein anderes Vehikel diesem kleinen Übelstande abzuhelfen. Man hat bekanntlich neuerdings durch Injektion steriler chemisch reiner Vaseline Gelenkversteifungen beweglich zu machen versucht. Möglicherweise ließe sich dieses Mittel als reizloses Vehikel auch für das Jodoform benutzen, zumal hiermit auch das jedesmalige Emulgieren überflüssig gemacht würde. Da die Patentglasspritzen bekanntlich einen völlig herausziehbaren Stempel besitzen, so ließe sich das Füllen der Spritzen auch mit einer derartigen Jodoformkomposition leicht bewerkstelligen. Erst müßten natürlich Versuche mit einer 10 bis 20%igen Jodoformsalbe bei Gelenktuberkulose sich als gleichwertig mit Jodoform-Glyzerininjektionen erweisen.

Jedenfalls verdient das Jodoform bei der Bekämpfung tuberkulöser Leiden in ihrem Anfangsstadium eine viel ausgedehntere Anwendung als bisher. Oder ist es z. B. nicht wunderbar, daß man bei den so ähnlichen anatomischen wie mechanischen Verhältnissen der Pleurahöhle mit einer Gelenkhöhle und dem längst geführten Beweis des tuberkulösen Ursprunges der meisten Pleuraergüsse der Punktion der Pleurahöhle nicht ebenso stets eine Jodoforminjektion hat folgen lassen, wie der Punktion eines tuberkulösen Gelenkes. Man würde meiner Ansicht nach manche sich an eine Pleuritis anschließende Lungentuberkulose auf diese Weise verhüten können.

Inwieweit Jodoforminjektionen auch bei der Tuberkulose anderer Organe von Wert sind, können nur dahingehende klinische Untersuchungen ergeben. Bei tuberkulösen Halsdrüsen habe ich bereits erfolgreiche Versuche mittels der Pravazspritze machen können. Hierbei kann man am besten die Jodoformwirkung studieren: dem anfänglichen Stadium der Anschwellung und Reizung folgt in den nächsten Wochen das Stadium der Abschwellung und Schrumpfung.

Betonen möchte ich noch, daß alle meine mit Jodoform behehandelten Pat. den bescheidensten äußeren Verhältnissen angehören, und daß ich während der ganzen Injektionskur jede interne Therapie — ich gab nicht einmal Morphin bei eventuellen Schmerzen der ersten Tage — absichtlich unterlassen habe, um so die reine Jodoformwirkung zu bekommen.

Der geeignetste Ort für Durchführung eines derartigen Verfahrens dürften wohl ohne Zweifel unsere Lungenheilstätten sein. Denn bei der Heilung der Lungentuberkulose gilt es, abgesehen von der Beeinflussung des lokalen Krankheitsherdes, noch jene Schwächung der Körperkonstitution zu beseitigen, welche die bis dahin latente Tuberkulose zu einer floriden hat werden lassen. Und gerade deshalb muß eine Kombination der Jodoformtherapie mit dem physikalisch-diätetischen Verfahren in den Heilstätten als besonders aussichtsvoll

erscheinen. Leider können nur bisher nicht einmal 10% unserer Tuberkulösen in den Lungenheilstätten jährlich untergebracht werden. Hier bleibt also noch viel zu tun übrig.

---

1) F. Kraus. Die Erkennung der Tuberkulose (mit vorwiegender Berücksichtigung der Frühdiagnose).

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 3.)

Aus der eingehenden Besprechung aller für die Diagnose des Anfangsstadium der Lungentuberkulose in Betracht kommenden Mittel interessiert hier besonders, daß K. auch dem Röntgenverfahren in dieser Hinsicht einen nicht zu unterschätzenden Wert beilegt. Ohne zu bestreiten, daß es vielfach nur die Ergebnisse der übrigen physikalischen Methoden bestätigt oder gar weniger bietet, bleiben genügend Fälle, in welchen es jene in irgendeiner Richtung übertrifft.

Ohne die Röntgenuntersuchung wäre es z. B. oft gar nicht möglich, mittels anderer Methoden nicht demonstrierbare Lymphdrüsenschwellungen am Hilus frühzeitig nachzuweisen. An den Lungen selbst ist nicht nur eine gleichmäßige Helligkeitsabnahme mit einzelnen scharf oder unscharf begrenzten Herdschatten bei Spitzenaffektionen und eine verminderte Zwerchfellaktion der kranken Seite festzustellen (Holzknecht), sondern es sind auch die allerersten tuberkulösen Krankheitsprodukte außerhalb der Lungenspitzen, z. B. von den Hilusschatten ausgehend — öfter ganz unerwartet — darstellbar; es gelingt außerdem, pleurale Komplikationen nachzuweisen, welche bisweilen ein überraschendes Licht auf die tuberkulöse Natur eines vorliegenden fraglichen Krankheitsbildes werfen können.

Nicht selten werden wir ferner durch die Röntgenuntersuchung belehrt, daß die Krankheit schon viel weiter fortgeschritten bezw. räumlich ausgedehnter ist, als nach Maßgabe der anderen diagnostischen Methoden zu erwarten gewesen wäre; insbesondere geben häufig Infiltrate, die der Perkussion und Auskultation entgehen, schon umschriebene oder gar verbreitete, fleckige, marmorierte Schattendifferenzen.

Die Radiologie sollte deshalb trotz der großen technischen Schwierigkeiten, speziell für die oberen Abschnitte der Lungenfelder, namentlich auch in den zweifelhaften, ganz frischen Fällen von Tuberkulose stets dieselbe Berücksichtigung finden, wie die anderen physikalischen Methoden. **Gutzeit** (Neidenburg).

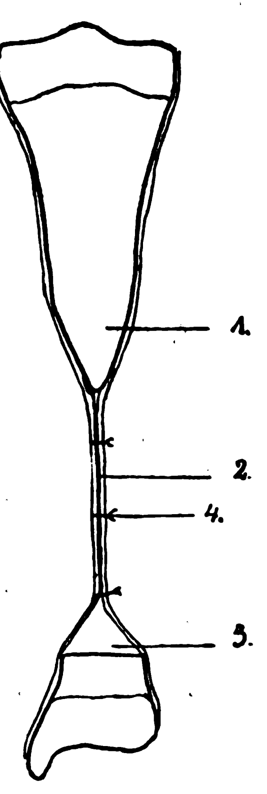
---

2) Nichols. Acute, subacute and chronic infectious osteomyelitis, its pathology and treatment.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. Februar 13.)

Eine sehr ausführliche Arbeit von oben angegebenem Inhalt. Von Wichtigkeit ist ein von N. angewandtes Behandlungsverfahren, welches die Knochenneubildung vom Periost aus zu schneller Heilung

ohne Bildung einer Totenlade ausnutzt. Bei akuter, frischer Osteomyelitis drainiert er den Knochen durch Trepanöffnungen event. eingemeißelten Längsspalt, jedoch verbindet er damit niemals Auskratzung der Markhöhle, um die Heilung von der Spongiosa aus nicht zu gefährden. Sein neues Verfahren kann man kurz bezeichnen als eine subperiostale Resektion der erkrankten Diaphyse. Am besten wird sie bei frischen Fällen etwa 8 Wochen nach der Drainage vorgenommen. Das Periost soll schon beginnende Knochenneubildung zeigen, was man durch Einstechen einer Nadel leicht nachweisen kann. Die Weichteile und Periost werden, soweit der Knochen erkrankt ist, gespalten, das Periost mit Raspatorien vorsichtig abgelöst, wobei man sich hüten soll, es zu durchlöchern, der Knochenschaft wird dann gegen die Epiphysenenden oder soweit erforderlich, abgesägt oder abgestemmt. Es bleibt dann ein Halbzylinder von Periost, der zusammengelegt ein flaches Band bildet (2). Einige Nähte mit Chromcatgut bringen die Innenflächen gut in Berührung. Nach Erfordernis desinfiziert M. die Innenseite des Periosts mit 95%iger Karbolsäure, die 2—3 Minuten einwirkt, nachher mit Alkohol entfernt wird. Naht der Weichteile, wobei an manchen Stellen drainiert wird. Zur Vermeidung toten Raumes (s. Abb., 3) kann man den Schaft, wenn das zurückgebliebene Stück lang genug ist, konisch zuspitzen (1). Der Epiphysenknorpel ist sorgfältig zu schonen. Dies ist das Vorgehen, wenn der operierte Knochen von einem gesunden gestützt werden kann. Ist dies nicht der Fall, so muß man länger warten, bis das Periost genügend festen Knochen gebildet hat, der die Form des Gliedes aufrecht halten kann. Die Zeit dazu ist gewöhnlich nach 16 Wochen da. Diese Operation gestaltet sich ähnlich einer Nekrotomie, nur daß die Sequester erst halb gelöst sind und vorsichtiger entfernt werden müssen, am besten stückweise. Bei veralteten Fällen, bei denen der gelöste Sequester in der Totenlade liegt, macht man die Operation wie bei frischen Fällen, indem man einfach das Periost der Lade abschält und zusammennäht. Da in solchen Fällen die Markhöhle durch nekrotischen, vom Mark aus gebildeten Knochen verschlossen ist, muß sie erst aufgemeißelt werden, sonst entstehen Pseudarthrosen, oder die



1. Kegelförmig zugespitztes Schaftende.
2. Periostlamellen.
3. Toter Raum bei winklig abgeschnittenem Knochenende.
4. Nähte.

Heilung dauert sehr lange. Die Heilung geht so vor sich, daß ein neuer Knochen vom Periost sowohl auf der Innen- wie der Außenseite gebildet wird. Dieser wächst von schmalen, der Periostlamelle entsprechenden Streifen zu immer größerer Dicke, bis schließlich nach Monaten ein neuer Schaft etwa von der Stärke des alten hergestellt ist, der auch schließlich eine Markhöhle bekommt. Sind tote Räume an rechtwinklig abgeschnittenen Schaftenden da, so füllen sich diese sehr langsam mit Knochen vom Mark heraus, welcher sehr leicht wieder nekrotisch wird und bedeutend die Heilung verzögert. Das Wachstum ist, bei Schonung der Epiphysenknorpel, völlig ungestört. Die Funktion tritt bald ein und auch das kosmetische Resultat ist sehr gut. Eine Anzahl Abbildungen von seinen eigenen und Fällen anderer Operateure zeigen die guten Ergebnisse.

Die Heilungsvorgänge sind durch Röntgenbilder erläutert.

Das Verfahren scheint sehr beachtenswert.

Trapp (Bückeburg).

---

3) **M. Immelmann.** Gelenkerkrankung im Röntgenbilde.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 5.)

I. bespricht kurz die Wichtigkeit des Röntgenbildes für die Diagnose, Therapie und Prognose der verschiedenen Gelenkverletzungen, -deformitäten und -entzündungen, der Knochengeschwülste und freien Gelenkkörper. Bei letzteren weist auch er auf das bei ca. 30% der Knieuntersuchungen im lateralen Kopfe des M. gastrocnemius beobachtete Sesambein hin, das früher häufig für ein Corpus liberum gehalten wurde (vgl. das Referat über die Arbeit von H e l l e n d a l l, d. Bl. 1901 p. 1241, Ref.).

Gutzeit (Neidenburg).

---

4) **J. Schnitzler.** Bemerkungen zur Behandlung einiger entzündlicher Erkrankungen.

(Heilkunde 1903. Hft. 3.)

Verf. kämpft gegen »die althergebrachte Behandlungsmethode infektiöser entzündlicher Prozesse durch lokale Kälteapplikation« und empfiehlt hierfür die Hyperämie, gleichgültig, ob dieselbe durch Alkoholverbände oder lokale Wärmeapplikation, wie z. B. Thermophore, erzeugt wird.

Zwar gibt Verf. zu, daß bei schweren Zellgewebsentzündungen, um Amputationen oder septische Allgemeininfektion zu vermeiden, die breite Inzision bis in das gesunde Gewebe die allein mögliche Therapie ist. Dies sind die Fälle, welche vom Arzt dem Fachchirurgen überwiesen werden sollen. Bei leichten Infektionen sollen indes die Inzisionen möglichst hinausgezögert werden. (? Ref.) Hier wird eine Wärmebehandlung wesentliche Vorteile bieten, die in folgendem besteht: 1) Die Krankheit wird wesentlich abgekürzt. 2) Die Infiltrate bilden sich häufig zurück. 3) Da wo es zur Eiterung kommt, ist diese meist scharf umgrenzt und gering. Es werden

so breite Inzisionen und mit ihnen Narben und ihre Funktionsstörungen als Folgen vermieden.

Im einzelnen sah Verf. besonders gute Erfolge bei Behandlung von Erysipel; die sonst nach seiner Beobachtung so häufigen Abszesse, besonders der Extremitäten, blieben aus. Bei Phlebitis der Vena saphena konnte er »förmlich von Tag zu Tag die Anbahnung normaler Verhältnisse verfolgen« durch Weichwerden der harten Knoten und Stränge.

Die gonorrhoischen Gelenkentzündungen, insonderheit die eitrige Arthritis und periartikuläre Phlegmone, sollen auf Alkoholverbände stets prompt mit Nachlassen der Schmerzen und Abschwellung reagieren.

In vereinzelten Fällen wurde die Anwendung der Wärme wegen Schmerzen nicht vertragen. Coste (Straßburg i. E.).

---

5) **Bardenheuer.** Behandlung der subkutanen Frakturen mittels Extension im Gegensatze zur Nahtanlegung und zum Kontentivverbande.

(Arch. internat. de chirurgie Vol. I. Fasc. 3.)

Das vorliegende Heft des internationalen Archivs wird durch die 130 Seiten starke Arbeit B.'s ausgefüllt. Dieselbe bringt eine Zusammenfassung dessen, was in der Hauptsache aus den früheren Arbeiten des Verf. und seiner Assistenten bekannt ist.

Verf. beginnt mit einer Polemik gegen die Befürworter der operativen Frakturbehandlung. Er glaubt, daß man bei einer regelrecht ausgeführten Extension nur in den allerseltensten Fällen der Naht bedürfe; zu diesen rechnet er den Kniescheibenbruch nur bei großer Diastase, dagegen z. B. nicht die Olecranonfraktur. Nach Schilderung der mannigfachen Nachteile der Nahtbehandlung geht B. dazu über, die theoretischen Grundlagen der Extensionsbehandlung zu schildern und die Wirkung derselben bei den verschiedenen Bruchformen zu erläutern. Das Gesagte wird durch zahlreiche Abbildungen unterstützt. Die Betrachtung der auf diesen dargestellten verschiedenen (bis zu 7!) Extensionszüge wirken, wie der Verf. selbst gesteht, »auf den ersten Blick verwirrend auf das beschauende Auge«. Die Heilungserfolge, die Verf. mit diesem, durch die zahlreichen Hilfszüge modifizierten Verfahren erzielt hat, sind, nach den eingestreuten Krankengeschichten und den beigegebenen guten Röntgenogrammen zu schließen, ausgezeichnete. Die Heilungsdauer ist eine kurze, ebenso die Dauer der Nachbehandlung; für schwere Ellbogenbrüche wird dieselbe beispielsweise mit 2—3 Wochen angegeben.

Pseudarthrosen hat B. bei der Behandlung von ca. 9900 Frakturen nicht erlebt; nur selten kommt es zu Ödemen, Atrophie oder Thrombosen. Ebenso hat Verf. seit Einführung des verbesserten Verfahrens keine Verkürzungen der Frakturen des Unterschenkels, des Vorder-

und Oberarmes und nur minimale bei Brüchen des Oberschenkels gesehen.

Als wesentliche Errungenschaften des modifizierten Verfahrens bezeichnet B. die Einführung der Quer- und Rotationsextension, der Abhebelung der Bruchenden und der stärkeren Belastung (bis zu 25 Kilo bei Oberschenkelbrüchen). Durch Nichtanwendung dieser Verbesserungen seien die weniger guten Erfolge anderer zu erklären.

Zum Schluß gibt Verf. zu, daß die Technik seines Verfahrens eine »äußerst schwierige« sei. Sie erfordere in einem größeren Krankenhause die ganze Kraft eines geübten und erfahrenen Assistenten. Deshalb sei auch die Abzweigung einer eigenen Frakturstation notwendig und die Errichtung eigener Spezialhospitäler vielleicht erstrebenswert. **Engelmann** (Dortmund).

---

6) B. **Müller** (Hamburg). Über künstliche Blutleere. Eine Experimentalstudie der Wirkung des Suprarenins auf die organischen Gewebe und deren Verwendung bei chirurgischen Operationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 5 u. 6.)

M. hat Einspritzungen einer Lösung des Suprarenin. hydrochlor. in steriler physiologischer NaCl-Lösung (1:10 000 bis 1:1000) in Haut, Schleimhaut, Muskulatur, sowie in parenchymatöse Organe, wie Leber, Nieren vorgenommen und die stark gefäßverengende Wirkung jenes Präparates bestätigen können. Die Gewebe wurden durch dasselbe anämisiert und dadurch gelb gefärbt, so daß beim Einschneiden nur dann eine Blutung erfolgte, wenn ein größeres Gefäß durchtrennt wurde; aber auch ein solches blutete weniger, wahrscheinlich infolge von Eindringen der Suprareninlösung bis in die Muskulatur seiner Wand. Bei den an Tieren gemachten zahlreichen Leberresektionen wurden in den ganzen Bezirk, innerhalb dessen der Schnitt geführt werden sollte, Einspritzungen mit einer sehr feinen, vorn abgerundeten Nadel (Lösung 1:1000) vorgenommen; wenn der Schnitt alsdann in dem anämisierten Gebiet so angelegt wurde, daß zentripetal vom Messer ein größerer anämischer Bezirk lag als zentrifugal, so blieb jede parenchymatöse Blutung aus und ließen sich die durchschnittenen blutenden größeren Gefäße leicht fassen, weil dieselben in dem anämisierten Bezirk deutlich sichtbar waren; die manuelle Kompression verhinderte eine stärkere Blutung aus ihnen. An Verblutung infolge Blutverlust bei der Operation oder Nachblutung ist kein einziger Hund zugrunde gegangen (s. auch die über gleich günstige Resultate berichtende Arbeit Lehmann's über präventive Adrenalininjektionen. Zentralbl. f. Chir. 1903 p. 464, Referent). Auch eine Nekrose des anämisierten Lebergewebes an den Rändern der Resektionswunde war nie zu beobachten; letztere heilte vollständig normal, wenn der Stumpf mit Peritoneum bedeckt worden war. Ebenso günstig verliefen die Exstirpationen von Teilen aus der

Leber, wie auch die der Gallenblase mit dem angrenzenden Lebergewebe und Spaltungen der Niere. Auch andere Operationen an Hunden (Rippenresektionen, Exstirpation von Speicheldrüsen, Laryngektomien usw.) gelang es, durch schichtweise Injektionen der Suprareninlösung zuerst in die Haut, das Unterhautzellgewebe, dann in die Muskulatur usw., wenn nur immer in dem anämisierten Gebiete geschnitten und größere Gefäße vorher unterbunden wurden, vollkommen ohne Blutung auszuführen. — Vergiftungserscheinungen traten niemals auf. Das Suprarenin verträgt beliebig lange Sterilisierung durch Hitze; am besten wird es immer in frisch zubereiteter Lösung in physiologischem Kochsalzwasser verwendet, und zwar in solcher von 1:10000 bis 1:5000 bei weniger blutreichen Geweben, in stärkerer Konzentration 1:2000 bis 1:1000 bei parenchymatösen Organen. Die Anämisierung tritt bei größerer Verdünnung nach 1—2 Minuten, bei geringer sofort bis spätestens nach 30 Sekunden ein. M. rät, bei Erwachsenen nicht mehr als 10 ccm einer 1%igen Lösung einzuspritzen, da sich hiermit vollkommen auskommen lasse. Bemerkenswert ist noch, daß das Suprarenin, in Lösung von 1:20000 oder 1:10000 in den Herzmuskel injiziert (1 ccm), die Tätigkeit desselben anregt, also vielleicht bei Herzsynkope von Nutzen sein kann.

Kramer (Glogau).

---

7) **H. Braun.** Kokain und Adrenalin (Suprarenin).

(Berliner Klinik 1904. Hft. 187.)

Nach einem kurzen historischen Überblick über die Methoden der Lokalanästhesie geht Verf. des näheren auf die Verwendung von Kokain-Adrenalinmischungen ein. Der Hauptvorteil des Adrenalinzusatzes besteht darin, daß er vermöge seiner anämisierenden und resorptionsanregenden Eigenschaften schon bei stark verdünnten Kokainlösungen Wirkungen hervortreten läßt, die ohne Adrenalinzusatz nur durch hochprozentige Kokainlösungen erzielt werden. So leistet mit Zusatz von 3—5 Tropfen zu 100 ccm eine 0,01%ige Kokainlösung mehr, als eine 0,1—0,2%ige ohne Adrenalinzusatz bei Infiltration des Operationsgebietes selbst. Eine 0,05%ige Kokainlösung, der auf 100 ccm 3—5 Tropfen Adrenalin zugesetzt sind, ermöglicht eine wirksame Anwendung der Leitungsanästhesie durch Infiltration nicht des Operationsgebietes selbst, sondern derjenigen Gewebe seiner nächsten Umgebung, welche die zu ihm ziehenden Nervenbahnen enthalten. Es gelingt auf diese Weise leicht, gut abgegrenzte Operationsgebiete anästhetisch zu machen, mögen sie entzündet sein oder nicht. Für Zahnextraktionen empfiehlt B. 1 bis $1\frac{1}{2}$ cg Kokain in 1—2 ccm Kochsalzlösung unter Zusatz von 2 bis 3 Tropfen Adrenalin zu lösen und je die Hälfte davon vor und hinter dem zu extrahierenden Zahn in Höhe der Zahnwurzel möglichst nahe am Periost zu injizieren. Nach einer Wartezeit von 5 Minuten kann der Zahn schmerzlos extrahiert werden.

Bei den stark toxischen Eigenschaften des Adrenalin ist große Vorsicht geboten. Als Maximaldosis nimmt Verf. $^1/_2$ mg = 15 Tropfen der käuflichen 1%igen Lösung an. 3—5 Tropfen sind etwa $^1/_6$ mg. Hüten muß man sich ferner vor Nachblutungen und verzögerten Blutungen aus Gefäßen, die man beim Operieren ohne Adrenalin hätte fassen müssen, die aber unter der Adrenalinwirkung der Beobachtung entgingen. Eine besondere Neigung zu Blutungen bedingt das Adrenalin indessen nicht.

Das von den Höchster Farbwerken hergestellte Suprarenin hält Verf. für gleichwertig mit dem englischen Präparat Adrenalin.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

8) **C. Clark.** A resume of the treatment of gonorrhea.

(Buffalo med. journ. 1904. Februar.)

Dem Verf. hat sich das Helmitol in den verschiedensten Stadien und Formen der Gonorrhöe als Harndesinfiziens und als schmerzstillendes Mittel bewährt. Die Wirkung beruht auf Freiwerden von Formalin im Harn. Entgegen dem Urotropin wird Helmitol auch in großen Dosen gut vertragen. Besonders günstig wurde der Tenesmus bei Urethritis posterior und Prostatitis beeinflußt, ebenso der Schmerz im Beginn einer sehr akuten Gonorrhöe. Auch das Katheterfieber bleibt sicher bei Gebrauch des Mittels aus.

Mohr (Bielefeld).

---

9) **C. Engelbreth.** Die Abortivbehandlung der Gonorrhöe. Eine neue Methode.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 10.)

Im Prinzip wird jetzt wohl von vielen zugestanden, daß in den ersten Tagen des akuten Trippers eine abortive Behandlung desselben möglich ist. Aber über die Methode und über die Häufigkeit und die Erfolge sind die Ansichten noch sehr geteilt. Auf Grund von theoretischen Erwägungen glaubt E., daß man ein solches Mittel benützen müsse, das bakterientötend und ätzend wirkt; das beste solche Medikament sei das Argentum nitricum. Er hält die »rein epitheliale Gonorrhöe« für das »Wirkungsfeld« der abortiven Behandlung; da aber die Diagnose solcher Fälle sehr schwierig ist — sie scheinen durch ein Fehlen der Entzündung am Orificium urethrae charakterisiert —, so verwendet E. seine Methode bei Fällen von 1—3tägiger Dauer. Er macht Spülungen, und zwar mindestens vier mit 500 g $^1/_5$—$^1/_3$%iger Silberlösung, und zwar im Anfang der Spülung bei 75, weiterhin bei 125 cm Druckhöhe; Temperatur 36° C. Die erste Spülung wird bei der ersten Konsultation, die zweite (wie die folgenden nach vorheriger Kokainisierung mit 2—3 g 3%iger Lösung) nach 6—12, die folgenden nach 10—12stündigen Zwischenräumen vorgenommen. Zur Nachkur werden große Dosen Balsamika verwendet. Die Methode hat von 30 Fällen 17 in 2 Tagen geheilt, die übrigen 13 verliefen leicht. Die Fälle mit längerer Inkubations-

zeit wurden (wegen geringerer Virulenz der Gonokokken und größerer Widerstandsfähigkeit des Epithels) besser beeinflußt, als die mit kurzer Inkubationszeit. Von 17 Fällen ohne Entzündung von Harnröhrenöffnung wurden 15 abortiv geheilt. **Jadassohn** (Bern).

---

10) **A. Lapointe.** La torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorrhagique du testicule.

Paris, **A. Maloine,** 1904. 182 S.

In einem von L. beobachteten Falle waren die Erscheinungen der Stieldrehung denen einer Orchiepididymitis mit Entzündung der Häute sehr ähnlich. Nur der gesunde Zustand des Genitalapparates und der plötzliche Anfang machten die Diagnose Entzündung zweifelhaft. Einschließlich dieses Falles finden sich in der Literatur 37 Fälle von Stieldrehung. Drei davon gehören zu der selteneren Art der Torsion des Samenstranges mit den serofibrösen Hüllen, also oberhalb der Tunica vaginalis propria. Diese Art, die dem Vorgehen der Veterinäre bei den Tieren entspricht, nennt Verf. »Bistournage accidentel« im Anschluß an Sébileau. Zweimal ist diese Art der Stieldrehung bei Leistenhoden verzeichnet (Legueu und Delasiauve) und nur einmal bei normal gelagertem Hoden (Barozzi). Das Entstehen dieser Umdrehung wird deshalb mit einem plötzlichen Heruntertreten des noch durch den Samenstrang fixierten Leistenhodens in Verbindung gebracht.

Zum Zustandekommen der gewöhnlichen Art der Drehung innerhalb der Tunica vaginalis propria, des Volvulus testis, ist die unumgängliche Vorbedingung eine anormale Ausbildung der Mesotestis, wobei zu bemerken ist, daß die Namen Mesorchium und Mesotestis nicht gut gewählt sind, insofern als kein Meso im Sinne einer zweiblätterigen Serosa vorhanden ist, der Hoden vielmehr an seiner Hinterwand extraperitoneal liegt wie das Kolon, Duodenum usw. Eine Beobachtung der Art ist die vom Verf. angestellte. Bei der Eröffnung der Tunica vaginalis hing der Hoden frei wie das Herz im Perikard. Die Drehung um 180° hatte im Samenstrang zwischen dem parietalen und dem visceralen Ansatz stattgefunden. Die Länge des von Serosa umkleideten Stieles schwankt in den Betrachtungen von 2 mm bis 8 cm.

Die ungewöhnliche Stielung des Hodens ist oft die Folge einer unvollständigen Rückbildung des Mesotestis und ist als solche häufig bei unvollständigem Descensus und Ektopie. Mit der Stielbildung ist auch oft eine Änderung der Lage des Hodens verbunden, so daß er mit dem oberen Pol direkt nach unten sehen kann. Was das den Volvulus auslösende Moment betrifft, so ist in 6 von den 34 Fällen weder eine Anstrengung noch ein Trauma vorhergegangen. Für diese Fälle nimmt Verf. eine Cremasterkontraktion als Ursache an. In anderen Fällen ist Heben oder Tragen von Lasten als Grund angegeben, in anderen Niesen, Instrumenteblasen, Anstrengung beim

Stuhlgang, Springen, Sturz, nur einmal eine lokale Quetschung. Chronische Entzündung der Tunica vaginalis propria soll auch Stieldrehung verursachen können.

Die schlimmen Folgen des Volvulus können schon bei einer halben Umdrehung entstehen infolge der Drehung des Hodens um die horizontale Achse und der damit verknüpften Auseinanderzerrung des Vas deferens und des Samenstranges. Ein Erguß in die Serosa entsteht meistens, aber nicht immer. Die Folge der Stieldrehung ist der hämorrhagische Infarkt des Hodens. Solcher ist ohne Stieldrehung äußerst selten. Es gibt aber in der Literatur fünf sichergestellte Fälle davon. — Die Bedingungen zum Zustandekommen eines hämorrhagischen Infarktes sind sehr selten erfüllt. Nur in 7% ist die Arteria spermatica eine wirkliche Endarterie. In den meisten Fällen wird der hämorrhagische Infarkt beim Verschluß dieser Arterie durch ihre Kommunikation mit der Arteria deferentialis verhindert. Auch bei Unterbindung der Arteria spermatica und des Plexus pampiniformis bleibt der Hoden meist funktionstüchtig, wie Tierversuche von Allessandri und Griffith ergeben haben; auch die chirurgische Erfahrung bestätigt das. Aus dem aseptischen hämorrhagischen Infarkt des Hodens, der nach Art eines Fremdkörpers abgekapselt wird und zur Atrophie des Hodens führt, kann nur durch Infektion von außen, von benachbarter Hernie oder auf hämatogenem Wege Gangrän mit Abstoßung des Teiles entstehen.

Die klinischen Erscheinungen der Torsion können auf dem Wege des Reflexes dieselben sein, wie bei anderen Unterleibsorganen. Das plötzliche Auftreten der Schmerzen im Hodensack und ihre Heftigkeit werden vor allem auf die Diagnose hinführen. Bei spontaner Rückbildung hören die Symptome schnell auf, um bei Wiederkehr der Drehung wieder zu erscheinen. Die mit solch rezidivierender Torsion behafteten Leute können es lernen, sich durch Rückdrehung zu heilen. Meist ist die Diagnose nicht schwer. Trotzdem ist in 37 Fällen 30 mal nicht an die Torsion gedacht worden. Besonders soll man bei Leistenhoden stets an die Stieldrehung denken.

Therapeutisch kommen in Frage: Rückdrehung durch Taxis, blutige Rückdrehung und Kastration. Erstere ist dreimal bekannt gegeben. Sie gewährt keinen Schutz gegen Rückfälle und sollte durch den blutigen Eingriff mit Anheftung des Hodens ersetzt werden. Dieses bildet mit Vernähung des Hodensackes ohne Drainage die Operation der Wahl. Von dieser Operation ist anzunehmen, daß sie auch die achtmal ausgeführte Kastration bisweilen noch ersetzt hätte. Angezeigt ist letztere bei Infektion des Leistenhoden, falls letzterer nicht hinuntergezogen werden kann. Hämorrhagischer Infarkt allein ist kein Grund zur Kastration; nur falls er septisch ist, muß sie schleunigst vorgenommen werden.

37 Krankengeschichten von Stieldrehung und 6 von hämorrhagischem Infarkt ohne Stieldrehung, sowie ein Literaturverzeichnis bilden den Schluß der Arbeit.

E. Moser (Zittau).

---

11) **Carta.** Nuovo metodo di sospensione del testicolo nella cura radicale del varicocele.

(Giorn. med. del R. esercito 1903. Dezember.)

Das Wesentliche der Methode besteht darin, daß, nach Resektion besonders stark variköser Venen, Samenstrang und Hoden vermittels der Hüllen des ersteren am äußeren Ring des Leistenkanales aufgehängt werden. Die Technik der Operation ist folgende: Längsschnitt durch Scrotum und Tunica dartos im oberen Drittel bis zum Annulus inguinalis. Vollständige Isolierung der Hüllen (Fascia Cooperi) des Samenstranges und des Hodens. Stumpfe Eröffnung und zirkuläre Resektion jener Hüllen nahe am Leistenring. Diese werden nun handschuhfingerartig nach unten zurückgestülpt, so daß der Plexus des Samenstranges frei zutage liegt. Resektion besonders stark degenerierter Venen. Zurückstülpung der Hüllen nach oben und Umnähung derselben am äußeren Leistenkanal, und zwar so, daß der Hoden von ihnen getragen wird und etwas höher steht als derjenige der anderen Seite. In den 22 so operierten Fällen war das kosmetische und funktionelle Resultat ein gutes; auch die Dauerresultate waren — soweit man davon sprechen kann (die erste Operation fand im Oktober 1902, die letzte im Oktober 1903 statt) — gute.

A. Most (Breslau).

---

12) **K. Dreist.** Über Ligatur und Kompression der Arteria iliaca communis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 5.)

Angeregt durch eine Operation von Christel-Metz (Ligatur der Iliaca communis nach Verletzung und Hämatombildung an der Femoralis) hat D., anknüpfend an die Kümmell'sche statistische Arbeit über die Iliacaunterbindung vom Jahre 1884, die neueren Publikationen über chirurgische Maßnahmen an dieser Arterie zusammengestellt, wobei manche bisher noch nicht publizierte und ihm von den betreffenden Chirurgen privatim zugestellte Fälle mitgeteilt werden. D. berücksichtigt dabei nicht nur die definitive Ligatur der Arterie, sondern auch die temporäre, ferner die Kompression derselben, sei es auf digitalem, sei es auf instrumentellem Wege. Er bietet ein sehr instruktives mannigfaltiges Material, bei dessen epikritischer Besprechung insbesondere sich das interessierende Resultat ergibt, daß die Antisepsis die Prognose der Iliacaunterbindung sehr günstig beeinflußt hat.

Zunächst wird der Christel'sche Fall beschrieben. In demselben folgte der Unterbindung eine Fuß- und Unterschenkelgangrän, die Amputation in der Höhe der Tuberositas tibiae nötig machte. Vereiterung der Hämatombildung am Oberschenkel, eine große Inzision benötigend, komplizierte die Heilung, die schließlich völlig erfolgte. Es folgen weiter 13 andere definitive Ligaturen, aus verschiedentlicher Veranlassung (Blutung, Aneurysma, Präliminaropera-

tion zur Meidung von Blutverlust bei großen Eingriffen am Becken) vorgenommen, worunter 10 Todesfälle (also, den Christel'schen Fall mitgerechnet, 55,56% Sterblichkeit). Diesen Fällen der antiseptischen Zeit stellt D. 59 der vorantiseptischen Zeit gegenüber, von denen 46 tödlich endeten (hier also 77,97% Sterblichkeit). Vor und nach Einführung der Antisepsis zeigen sich die Resultate der intraperitoneal ausgeführten Ligatur etwas schlechter als die der extraperitonealen. In der vorantiseptischen Zeit fallen von den 46 tödlichen Fällen 27 direkt den Folgen der Unterbindung, alle anderen akzidentellen Wundkrankheiten zur Last. Im Materiale der antiseptischen Zeit ist hervorhebenswert, daß von den insgesamt 6 Fällen, wo Beingangrän eintrat, nur 2 starben — ein Resultat, das lediglich der vollkommeneren Wundbehandlung zuzuschreiben ist.

Immerhin ist die definitive Iliacaunterbindung wegen der häufig ihr folgenden Beingangrän sehr gefährlich, weshalb sie, soweit tunlich, durch temporäre Unterbindung bezw. Kompression des Gefäßes zu ersetzen ist. Die temporäre Ligatur, zuerst von Travers versucht, ist von Schönborn in 4 Fällen, teils mittels Gummiband, teils mittels eines eigens konstruierten Arterienkompressoriums ausgeführt, in einem Falle auch von Faure. Für einfache Iliacakompression sind mehrfache Verfahren erfunden: Digitalkompressionen, und zwar teils extraperitoneal (H. Braun), teils intraperitoneal (MacBurney und Madelung), oder instrumentelle Kompression (mittels des von Davy erfundenen, intrarektal applizierten, stabförmigen Instrumentes). Mit allen diesen Methoden sind wiederholt gute Erfolge gewonnen und nur einmal eine unbeträchtliche Zehengangrän beobachtet worden; doch findet D., daß das Davy'sche Verfahren besondere Übung erfordert und weder ganz zuverlässig (Abgleiten des eingeführten Stabes) noch überall anwendbar ist. Als zuverlässigste Methode wird die Kompression mit der in die geöffnete Bauchhöhle eingeführten Hand (also »intraperitoneale« Kompression) den Preis verdienen, die unter einer strengen Asepsis an sich kaum gefährlich ist. Insbesondere empfiehlt sich die von Madelung benutzte und auf der letzten Naturforscherversammlung publizierte Technik (Operation in Beckenhochlagerung, Andrücken der Gefäßstämme ans Becken mittels der 4 langen gekrümmten Finger). Der von Madelung der Art erledigte Fall wird detailliert mitgeteilt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **Hoffa.** Beiträge zur Pathologie und Therapie der Kniegelenkerkrankungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904. Nr. 1.)

Ein auch in Spezialistenkreisen nicht allgemein bekanntes Krankheitsbild ist nach H. die reflektorische, durch Reizung der Gelenknerven bedingte, arthritische Muskelatrophie, welche im Anschluß an ein Trauma, häufig schon nach einigen Tagen, auftritt und die

Schlaffheit der Gelenkkapsel zur Folge hat. Der Schmerz entsteht durch Einklemmung der Kapsel. Durch Massage, Gymnastik, namentlich durch eine rationell geleitete Widerstandsgymnastik, sind meistens nach 6 Wochen die Beschwerden beseitigt. Bei Klagen über Kniegelenksschmerzen sollte man niemals die Untersuchung der Kniegelenksstreckmuskulatur unterlassen.

Das Dérangement interne des Kniegelenkes besteht in einer Abreißung resp. Luxation eines, viel seltener auch wohl beider Kniegelenksmenisken. Um eine wirkliche Luxation handelt es sich aber nie, sondern um eine einfache Ruptur der Bandscheiben, die meist durch eine mehr oder weniger heftige Rotationsbewegung des Unterschenkels zustande kommt. Charakteristisch ist der lokale Druckschmerz genau in der Gelenkspalte. Zuweilen kann man an der inneren oder äußeren Seite in der Gelenkspalte eine schmale harte Leiste fühlen. Die sicherste Therapie ist die Exstirpation des Meniscus; konservative Methoden sind vorher zu versuchen.

Nicht selten kommt es im Anschluß an den Fremdkörper im Gelenk zu einer fibrös-hyperplastischen Wucherung des normalerweise hinter der Kniescheibe gelegenen Fettgewebes und des unterhalb und zu beiden Seiten des Lig. patellae gelegenen Fettpolsters. Diese von dem Lipoma arborescens und dem solitären, subsynovialen Lipom zu unterscheidenden hyperplastischen Fettmassen machen dieselben Symptome wie die arthritische Muskelatrophie und die Absprengung eines Teiles der Bandscheiben. Die Diagnose ist meist durch die pseudofluktuierende elastische Anschwellung, die das Lig. patellae in die Höhe hebt, leicht zu stellen. Als Therapie kommt nur die Exstirpation in Betracht.

16 kurze Krankengeschichten sind der Abhandlung beigefügt.

Langemak (Erfurt).

---

14) **Balacescu** (Bukarest). Die osteoplastischen, in der Höhe des Knies ausgeführten Amputationen.

(Revista de chirurgie 1903. Nr. 11 u. 12.)

Die fleißige, mit zahlreichen Photographien und skiagraphischen Bildern ausgestattete Arbeit gibt einen guten Überblick über den heutigen Stand dieser Frage. Verf. ist ein eifriger Anhänger der osteo-plastischen Operationen, da nur durch dieselben ein gebrauchsfähiger und schmerzloser, also idealer Stumpf zu erzielen ist. Im allgemeinen gibt er für die Knieamputationen den Vorzug der Gritti'schen, welche unter aseptischen Kautelen hervorragende Resultate ergibt. Auch ist dieselbe der von Sabanejeff vorgeschlagenen Modifikation vorzuziehen, da bei letzterer ein viel größerer vorderer Lappen notwendig ist, welcher leichter nekrotisch werden kann, außerdem ist für die Gritti'sche Operation nur eine gesunde Kniescheibe notwendig, während Sabanejeff auch ein gesundes oberes Schienbeinende verlangt. Endlich ist das ästhetische Resultat bei Gritti ein viel besseres. Von den 111 nach letzterer Methode seit Einführung

der Antiseptik operierten Fällen, die B. in der Literatur finden konnte, wurde Heilung in 103 Fällen erzielt und starben 8, also eine Mortalität von 7,2 %; doch sind auch diese Todesfälle nicht der Operation, sondern verschiedenen Nebenumständen zuzuschreiben.

E. Toff (Braila).

---

15) **Vulpius.** Die Behandlung des Klumpfußes.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 3.)

V. bespricht in dieser Arbeit die Therapie des angeborenen und erworbenen paralytischen Klumpfußes. Für die Behandlung des angeborenen Klumpfußes beliebigen Alters kommt zunächst ausschließlich das unblutige manuelle oder maschinelle Redressement in Betracht. Nur wenn dieses Verfahren versagt, soll zur blutigen Operation geschritten werden, die in gewaltsamer Herabziehung des Calcaneus, in der Aponeurotomie, in der Entfernung oder Aushöhlung des Talus, in einer Verkürzung besonders des Extensor digitorum event. kombiniert mit einer Sehnenüberpflanzung und in der Osteotomia supramalleolaris bestehen kann.

Bei der Behandlung des paralytischen Klumpfußes muß dagegen 1) die Deformität, 2) die Lähmung beseitigt werden. Während die Deformität durch das modellierende Redressement event. unter Hinzufügung der Tenotomie angegriffen wird, kommt bei Behandlung der Lähmung besonders die erst in jüngster Zeit zum Ansehen gelangte Sehnentransplantation in Frage. V. bevorzugt die absteigende, bei der der Kraftspender oder ein Teil desselben peripher an den Kraftempfänger genäht wird. Durch diesen Eingriff wird 1) die Dorsalflexion und 2) die Pronation, d. i. die Wirkung des Extensor digitorum und der Peronei wieder hergestellt.

Erst wenn alle der Bewegung eines Gelenkes dienenden Muskeln völlig gelähmt, ist zur Arthrodese zu schreiten und eine Sehnenverkürzung hinzuzufügen, was beim Sprunggelenk keinen erheblichen Nachteil nach sich zieht, da 1) das untere Sprunggelenk vikariierend eintritt, ja seine übermäßige Beweglichkeit gelegentlich auch hier eine Arthrodese nötig macht, und 2) die Arthrodese des Sprunggelenkes meistens nicht zu einer völligen Versteifung führt, sondern ganz geringe Bewegungen dauernd gestattet, wodurch das Abwickeln des Fußes beim Gehen doch statthaben kann.

Den redressierten Klumpfuß durch orthopädische Apparate festzuhalten, will V. nur auf solche Fälle beschränkt wissen, denen eine operative Hilfe aus irgendwelchen Gründen nicht möglich ist.

Hartmann (Kassel).

---

16) **J. G. Sheldon.** Hallux valgus.

(New York med. record 1903. Oktober 31.)

S. betont die wichtige Rolle, welche unter anderem der Extensor proprius hallucis bei der Bildung des Hallux valgus spielt. Der Muskel ist stärker als sein Antagonist, schon geringe Abduktion

der großen Zehe bringt die Sehne in die Lage, stärkeren Abduktionszug auszuüben. Verf. hat in 6 Fällen von Beginn der Deformität diese Sehne mit Erfolg verlängert; in 30 Fällen war eine Subluxation des ersten Metatarsophalangealgelenkes vorhanden, häufig mit ausgesprochener Hypertrophie an der inneren Seite des distalen Metatarsalendes. Die Operation bestand in Resektion etwa der medialen Hälfte des Metatarsusköpfchens, wobei die laterale Gelenkfläche unberührt gelassen wurde; dann wurden die Sehnen des Extensor proprius und Extensor brevis gespalten und durch Bajonettschnitte verlängert (ohne folgende Sehnennaht). Die Resultate waren sehr zufriedenstellend. **Loewenhardt** (Breslau).

---

17) **W. Röpke.** Über den Hallux valgus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 137.)

Die aus der Jenenser Klinik hervorgegangene Arbeit bringt Bericht über 23 einschlägige, von Riedel operierte Fälle und knüpft an die hier gemachten Beobachtungen und Erfahrungen, insbesondere auch an die aufgenommenen und teilweise reproduzierten Röntgenbilder beachtenswerte Allgemeinbetrachtungen. R. interpretiert die dem Hallux valgus eigentümlichen Knochen-Gelenkdeformitäten im Sinne der J. Wolff'schen Knochentransformationslehre: durch das Lateralwärtsabweichen der Großzehe wird der mediale Teil des I. Metatarsusköpfchen atrophisch und erleidet Knorpelauffaserung usw. Hierzu kommt — und das besonders betont zu haben, erscheint als Verdienst R.'s — eine Medialwärtsabweichung des ganzen I. Metatarsalknochens. Infolgedessen erscheint das I. Spatium intermetatarsale in den Röntgenbildern typisch abnorm verbreitert, ja bisweilen erstreckt sich das vermehrte Klaffen dieses Raumes auch noch auf das Interstitium zwischen I. und II. Keilbein. Die Sesambeine rücken, wie schon Heubach beschrieb, lateralwärts, dergestalt, daß das laterale in schweren Fällen ganz im I. Spatium intermetatarsale Platz nimmt. Doch behauptet R. entgegen Heubach, daß diese Dislokation nicht der Grund des Medialwärtsweichens des I. Metatarsus ist. Die Deviation des letzteren kommt auch dort vor, wo die laterale Abweichung des äußeren Sesambeines keine erheblichere ist.

Was die operative Therapie betrifft, so verwirft Riedel die Hüter'sche Resektion des ganzen Metatarsalköpfchens, weil sie zu schweren Gehstörungen, Plattfußbildung usw. Anlaß geben kann. Die Schede'sche Operation, einfache Abmeißelung der medialen Metatarsusköpfchenhälfte, gibt keinen genügenden Erfolg. Dagegen ist Riedel mit der Operation nach Reverdin, die zu der Schede-schen noch die Exzision eines Knochenkeiles mit medialer Basis aus dem I. Metatarsus dicht hinter dessen Köpfchenanschwellung hinzufügt, recht zufrieden. Die Sesambeine entfernt Riedel nie, und die Operationswunde wird offen nachbehandelt. Liegt eine Schleimbeutelvereiterung vor, so wird nach deren Inzision mit der Knochen-

operation bis zu völliger Wundreinigung gewartet. Eine Nekrose des Metatarsalköpfchens infolge der Keilosteotomie trat nie ein, Wundheilungsverlauf war stets gut, und ebenso befriedigten die funktionellen Dauerresultate. Freilich bleibt die medialgerichtete Abweichung des Metatarsus meist nur wenig korrigiert weiter bestehen, so daß der Vorschlag Loison's, neben der Reverdin'schen Operation noch einen Keil mit lateraler Basis aus dem Metatarsus vor dem Ansatz des Musc. peroneus longus herauszuschlagen, diskutabel erscheint und Versuche verdient.

(Sehr befremdend ist, daß R., entgegen dem gewohnten Wortgebrauch, die laterale Deviation der Großzehe stets als Adduktion, die mediale des Metatarsus als Abduktion bezeichnet.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

137. Sitzung am 8. Februar 1904.

Vorsitzender: Herr König.

Herr Bennecke: Enostose der Tibia.

B. demonstriert eine Enostose der Tibia, welche ihren Sitz in der unteren Hälfte der Markhöhle hatte und bei dem 33jährigen Pat. durch Aufmeißelung des Knochens entfernt wurde, nachdem sie durch das Röntgenbild nachgewiesen war. Sie bildete einen abgeplattet walzenförmigen, knöchernen Körper von $1^3/_4$ cm Länge und 1 cm größtem Durchmesser, welcher der Hinterwand der Markhöhle fest ansaß und letztere wie ein Bolzen verlegte. Das proximal gelegene Mark war in klares Öl verwandelt (erhöhter Druck?), das distale normal. Klinisch interessant ist, daß die schweren Knochenschmerzen, welche in der oberen Schienbeinhälfte, entfernt von der Geschwulst bestanden hatten und den Grund der Operation bildeten, nicht verschwanden, sondern noch jetzt — nach 5 Jahren — bestehen.

Die Untersuchung der Geschwulst ergab, daß sie aus äußerst kompaktem Knochen zusammengesetzt war und nur an der Basis einige größere Markräume enthielt. Mikroskopisch ließ sich nachweisen, daß sie in ihrer Anlage durchaus spongiös war und durch Markverknöcherung, Apposition neuen Knochens aus dem Mark an die Innenfläche der Spongiosaräume, wuchs und gleichzeitig zu kompaktem Knochen sklerosierte. Es handelte sich also um ein myelogenes Osteom, eine wahre Enostose. Diese sind in Röhrenknochen sehr selten; Vortr. konnte außer der vorgestellten nur eine einzige in der Literatur finden.

Herr Pels-Leusden: Über den sog. Hammerdarm nach Bauchfelltuberkulose.

Vortr. berichtet über einen Fall von doppeltem Darmvorfall (Evagination) aus einer Nabel-Dünndarmfistel, die 3 Wochen nach einer Laparotomie wegen schwerer Peritonitis tuberculosa bei einem 3 Jahre alten Kinde entstanden war. Beseitigung des Zustandes nach Rückstülpung des Darmes durch Laparotomie und Exzision des erkrankten Darmstückes. Heilung (seit $^3/_4$ Jahren). Der Mechanismus eines derartigen Darmvorfalles, der bisher nur bei den angeborenen Nabel-Darmfisteln (offen gebliebener Ductus omphalomesentericus) beobachtet worden ist (cf. Barth, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXV), wird an der Hand schematischer Abbildungen genauer besprochen.

(Vorstellung der seit $^3/_4$ Jahren geheilten Pat.)

Herr Pels-Leusden: Schrotschußverletzung der linken Brust- und Bauchhöhle mit Hühnerschrot aus $^1/_2$ m Entfernung. Abriß des Zwerch-

felles von der Mammillar- bis zur Scapularlinie, Zertrümmerung der Milz, Vorfall des Netzes nach außen und Verlagerung von Magen, Querkolon und Netz in die Brusthöhle. Reposition nach Laparotomie mit Rippenresektionen, Exstirpation der Milz, Annähen des Zwerchfelles an seiner ganzen Peripherie. Nach der Operation keine peritonitischen Erscheinungen, aber allmähliches Entstehen eines linksseitigen Empyems, weswegen noch zweimal operiert werden mußte. Pat. befindet sich jetzt, 9 Wochen nach der Verletzung, auf dem Wege zur Heilung. Der verlagerte, enorm gefüllte Magen hatte offenbar tamponierend auf die zerrissene Milz eingewirkt. (Vorstellung der Pat.)

Herr Dobbertin: Demonstration eines neuen Nadelhalters.

Herr König: a. Kieferankylose.

Nach Besprechung der verschiedenen Ursachen für die Kieferankylose und ihre Behandlung stellt K. einen jungen Mann vor, bei dem sich die Ankylose nach einer ausgedehnten Osteomyelitis mit Nekrose entwickelt hat, die er als 7jähriges Kind durchgemacht hat. Im 22. Jahre ist er von anderer Seite wegen vollständig aufgehobener Beweglichkeit operiert worden, ohne dauernden Erfolg. Als er zu K. kam, war der Unterkiefer unbeweglich bis auf geringe Wackelbewegungen, die im rechtsseitigen Gelenk von statten gingen, während das linke vollständig verknöchert war. K. entfernte einen Keil aus dem Unterkiefer links am vorderen Rande des Masseters, und zwar mit sehr gutem Endeffekt. Pat. kann den Mund sehr gut öffnen; die Mundbewegung geht in senkrechter Linie vor sich. (Vorstellung des Kranken.)

b. Hypospadia glandis.

K. stellt einen 5jährigen Knaben vor, bei dem er eine Hypospadia glandis nach Beck operiert hat; das vordere Ende der Harnröhre hat er nicht an der Stelle der präformierten Grube, sondern dorsal davon eingepflanzt; der Kanal durch die Glans wurde mit dem Messer gebildet. Bei der Mobilisierung der Harnröhre wurde vorn ein Stück Haut mit exzidiert. Der Knabe uriniert in normalem Strahle.

Herr A. Köhler: Doppelte quere Rißfraktur der Patella.

H. demonstriert das Präparat einer seltenen Fraktur der Kniescheibe, bei welcher dieselbe durch zwei quer verlaufende Brüche in drei Stücke gebrochen war. Der Bruch ist als doppelte Rißfraktur aufzufassen.

Herr Lessing: Harnröhrendivertikel.

Bei der Operation einer Eiter und Urin absondernden perinealen Fistel eines 21jährigen Mannes fand sich ein vom Diaphragma urogenitale bis fast zur Pars pendula hin sich in der Medianebene erstreckender, mit der Pars bulbosa durch einen 1 cm langen, schmalen Spalt kommunizierender, mit normaler Harnröhrenschleimhaut ausgekleideter, bleistiftstarker Hohlgang. Exzision, partielle Naht, Heilung ohne Dauerkatheter. Für die Beurteilung dieses Divertikels kommen in Betracht 1) kongenitale Dilatationscyste eines Ausführungsganges einer Cowperschen Drüse, Perforation nach der Harnröhre, 2) kongenitale Bildungsanomalie der Harnröhre. Auf Grund des mikroskopischen Nachweises aller für eine normale Harnröhre charakteristischer Gewebsschichten (Muskularis, Submukosa, Papillen, geschichtetes, teilweise epidermisiertes Epithel mit Littre'schen Drüsen) nimmt Vortr. die letztere Erklärung an, obwohl eine derartige perineale Divertikelbildung bisher nicht beobachtet ist.

Herr Hildebrandt: Bewegungsvorgänge in feuchten Medien bei Explosionsschüssen.

H. machte seine Studien durch Schießversuche auf Bildhauerton; es wurden Blöcke verwendet, welche aus einzelnen Lagen verschieden gefärbten Tones zusammengestellt waren. Es ergab sich folgendes: »Die Explosion kommt dadurch zustande, daß das Medium in toto durch das Projektil bei Seite gedrängt wird, ohne daß seine Teile aus ihrem Zusammenhange gerissen werden«; die einzelnen Tonschichten waren auch nach dem Beschusse noch scharf gegeneinander abgegrenzt. Die durch das Projektil verdrängten Teile schlagen die Bahnen ein, auf

welchen sie den geringsten Hindernissen begegnen. Sie bewegen sich zunächst auf den Schützen, resp. auf das dünnere Medium, die Luft, zu. Sie ändern diese Richtung, sobald die rückwärts liegende Tonlage dieser Bewegung nach rückwärts genügenden Widerstand leistet (bei einer Dicke von 4—5 cm). Sie folgen nun dem Stoße des Projektils nach vorn; der Widerstand ist jetzt auf allen Seiten annähernd gleich. So werden primär die Ränder und die Umgebung sowohl des Einschusses als des Ausschusses nach außen gestülpt. Der Schußkanal, welcher durch die plötzliche Verdrängung einer großen Gewebsmasse entsteht, stellt nur für einen Moment ein Vacuum dar, welches mit Begierde Luft ansaugt. Dieselbe strömt mit großer Gewalt über die Ränder der äußeren Öffnungen und reißt sie nach innen. Je geräumiger nun die Höhlung, je enger der Eingang dazu, desto deutlicher werden diese sekundären Erscheinungen. (Demonstrationen.)

Herr Milner: Pectoralisdefekt.

M. zeigt mit dem Epidiaskop Bilder von zwei Kranken mit Pectoralisdefekt. Bei dem ersten fehlte der rechte Pector. maj. bis auf einen Rest der Portio clav. und der Pector. min., bei dem zweiten ein unteres Stück vom rechten Pector. maj. und der ganze rechte Serratus ant. maj. Beide Male bestanden trophische Störungen der entsprechenden Weichteile: Verdünnung und Verkürzung der Haut und Subcutis, Verminderung und Atrophie der Haare, Verkleinerung und Hochstand der Mammilla. In der Literatur sind ca. 100 Fälle veröffentlicht, die in ihren Einzelheiten sehr verschieden sind. Interessant ist die ziemlich seltene Kombination des Pectoralisdefektes mit Hypoplasie des Armes derselben Seite und Syndaktylien, sowie Rippendefekten. Bei diesen, sowie den vorgestellten Fällen ist das Leiden als kongenitales, durch Entwicklung hemmende Momente entstandenes aufzufassen. In vielen Fällen sind keine Angaben über die genannten Begleiterscheinungen gemacht. Liegt hier kein Übersehen vor, so muß man an andere Ursachen denken, die im uterinen oder extra-uterinen Leben eingewirkt haben können.

Herr Neuhaus: Calcaneusbrüche.

Demonstration von neun Diapositiven.

1) Typische Rißfraktur durch Zug der Achillessehne; Behandlung mit Gipsverband; Heilung ohne Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit. Ein kürzlich aufgenommenes Bild zeigt die Fragmente zum großen Teil schon knöchern vereinigt; eine weitere Dislokation der Fragmente ist nicht eingetreten.

2) Lochschuß durch den hinteren Teil des Calcaneus von oben hinten nach unten vorn. Der Schußkanal, weil infiziert, mußte mit dem Meißel freigelegt werden. Heilung ohne Erwerbseinschränkung.

3) Drei Kompressionsfrakturen des Calcaneus mit Absprengung des Proc. post. tali. Die Absprengung entsteht in der Weise, daß zuerst der Talus mit seinem vorspringenden First eine Kompressionsfraktur des Calcaneus bewirkt und dann beim Tiefertreten des Talus sich der Proc. post. tali gegen die obere Gelenkfläche des Calcaneus anstemmt und so einen Biegungsbruch erleidet. Diagnostisch könnte eine Schmerzhaftigkeit an der Bruchstelle bei Bewegungen der großen Zehe, deren Beugesehne an der Hinterfläche des Talus verläuft, auf die Diagnose leiten. Das Vorkommen dieser Nebenverletzung scheint nicht selten zu sein.

4) Sehr ausgedehnte Kompressionsfraktur mit vier bis fünf Bruchlinien im Körper des Calcaneus.

5) Kompressionsfraktur des Calcaneus bei einer tabischen Frau, die ohne Schmerzen entstanden war; daneben bestand noch eine Tibiafraktur und Veränderungen an den Metacarpalgelenken. Heilung. **Richard Wolff** (Berlin).

---

19) Proceedings of the New York Pathological Society.

Januar—April, Oktober—Dezember 1903.

Chirurgisches Interesse dürften aus dem reichen Inhalte nur folgende Beobachtungen haben:

Park und Payne berichten über die Resultate intravenöser Einspritzungen von verdünntem Formalin bei septhämisch gemachten

Kaninchen. Die eben nicht mehr tödliche, aber immer noch schwere Anämie hervorrufende Grenzlösung beträgt für Kaninchen 10 ccm einer 1%igen Lösung. Einspritzungen von verschiedenen Mengen verschieden konzentrierten Formalins 1—2 Stunden nach der Infusion mit Streptokokken bezw. Pneumokokken beeinflussen den Ablauf der Infektion nicht im mindesten. Die Experimente bestätigen mithin die schlechten Erfahrungen, die von anderen mit Einspritzungen verdünnten Formalins in Fällen von Septhämie beim Menschen gemacht wurden.

Brown stellt einen Fall von Filaria Bankrofti vor bei einem 34jährigen Deutschen, der längere Zeit in den Tropen gelebt hatte. Mäßige Vergrößerung des linken Hodens mit umschriebener Knotenbildung an der Grenze von Hoden und Epididymis; Samenstrang linkerseits geschwollen. In der Annahme einer Tuberkulose des Nebenhodens Kastration. Ausstrichpräparate von dem Inhalte des im Zentrum gelblichen Knotens zeigten zahlreiche Filariaembryonen in den verschiedensten Entwicklungsstadien.

Libman macht gelegentlich eines Referates über seine bei Osteomyelitis ausgeführten Blutuntersuchungen auf die relativ oft zu beobachtende Ausscheidung des Staphylokokkus pyogenes aureus mit dem Urin in schwer verlaufenden Fällen aufmerksam. Das häufige Auftreten von teils oberflächlich, teils tief gelegenen Abszessen der Kopfhaut bei Osteomyelitis bringt er mit der Ausscheidung der Bakterien durch die hier zahlreich vorhandenen Schweißdrüsen in Zusammenhang. Den Staphylokokkus albus behauptet er im Blute nur während der Agone gefunden zu haben; einmal gelang ihm im Blute der kulturelle Nachweis des Bazillus pyocyaneus zusammen mit dem Staphylokokkus aureus.

Engelhardt (Gießen).

20) **Fraenkel.** Über Erkrankungen des roten Knochenmarkes, besonders der Wirbel und Rippen, bei akuten Infektionskrankheiten.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 4.)

Im Verfolg seiner sehr bemerkenswerten Untersuchungen über das Vorkommen von Typhusbazillen in Wirbeln und Rippen bei Typhus legt F. jetzt die Ergebnisse seiner Studien vor über den Nachweis der spezifischen Mikroorganismen im Mark von Wirbeln und Rippen bei einer großen Reihe anderer Infektionskrankheiten.

Bei 18 Sektionen handelte es sich um Infektion mit dem Diplokokkus lanceolatus; 13 davon betreffen Pneumonien, die übrigen eitrige Zerebrospinalmeningitis, Pleuritis, Perikarditis und Kombinationen derselben untereinander. In 4 dieser Fälle fand F. keine Diplokokken im Mark der Wirbel oder Rippen; es waren das durchgehends Pneumonien im Stadium der grauen Hepatisation. In sämtlichen anderen Fällen fanden sich die Diplokokken, zum Teil in großen Massen, im Mark der Wirbel, bisweilen auch in dem der Rippen. Die Menge der aus den Wirbeln kultivierten Kolonien entsprach ziemlich genau der Zahl der bei der vitalen Blutentnahme gewonnenen Kolonien.

Streptokokkenerkrankungen lagen bei 17 Sektionen zugrunde. Davon handelte es sich 7mal um Erysipel; im Mark der Wirbel und Rippen ließen sich stets Streptokokken nachweisen. Ebenso gelang bei den übrigen Fällen dieser Gruppe: Panaritien, Plegmonen, Otitis media, Cholangitis, nekrotisierende Angina, stets der Nachweis der Streptokokken im Mark der Wirbel und Rippen; manchmal war das Wirbelmark vollkommen davon überschwemmt.

Unter 10 Fällen von Scharlach ergab nur einmal die Untersuchung des Markes der Wirbel und Rippen ein völlig negatives Resultat. In allen übrigen fanden sich in ihnen pyogene Bakterien: 1mal nur Staphylokokkus pyogenes aureus, 6mal nur Streptokokokken, in den übrigen beide zusammen.

Auch bei 7 Staphylokokkenerkrankungen: Phlegmonen, Osteomyelitis acuta, okkulte Pyämie, gelang stets der Nachweis der Staphylokokken im Wirbelmark, bisweilen vergesellschaftet mit Streptokokken.

In 13 Fällen von Rachendiphtherie dagegen ließ sich nur ein einziges Mal der Diphtheriebazillus im Wirbelmark nachweisen, dagegen wurde konstatiert, daß

sich in fast allen Fällen Streptokokken im Mark angesiedelt hatten. Auch in einem Falle echter d. h. durch den Diphtheriebazillus bedingter Wunddiphtherie ließ sich in einem Wirbel eine Kolonie des Diphtheriebazillus nachweisen.

In 3 Fällen von Lungentuberkulose mit Kavernen konnten im Wirbelmark nie Tuberkelbazillen, wohl aber stets pyogene Kokken nachgewiesen werden.

In 6 Fällen eitriger Peritonitis aus verschiedenen Ursachen waren im Wirbelmark 5mal Streptokokken, darunter 2mal daneben Bakterium coli zu finden.

In je einem Falle von putrider Bronchitis mit Bronchiektasen, Sinusthrombose, Mastitis war die Untersuchung der Wirbel negativ, während in je einem Falle von Gangrän beider Füße und Perikarditis Streptokokken im Wirbelmark sich fanden.

Mikroskopische Schnitte ergaben stets entzündliche Veränderungen im Mark bei Invasion von Mikroorganismen, so daß aus diesem wie aus anderen Gründen der Einwurf ausgeschlossen ist, daß etwa die Kokken postmortal in die Wirbel gelangt seien.

Besonders interessant ist der Umstand, daß in manchen dieser Fälle von Invasion der Krankheitserreger in das Knochenmark die Blutuntersuchung im Leben negativ gewesen war. Es berechtigt weder der Befund von Bakterien in der Blutbahn, einen Fall kurzweg als septisch zu bezeichnen, noch aus dem Fehlen von Bakterien in der Blutbahn die Diagnose Sepsis auszuschließen.

Zum Schluß wird noch die Frage gestreift, inwieweit im Mark unter dem Einfluß der Bakterieninvasion Schutzstoffe gebildet werden; eine Antwort darauf läßt sich noch nicht geben.
Haeckel (Stettin).

21) **H. Heineke.** Ein Fall von multiplen Knochencysten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 2.)

Das seltene Krankheitsbild cystoider Entartung des jungen Skelettes fand sich bei einer in der Leipziger chirurgischen Klinik aufgenommenen 24jährigen Arbeiterin, und zwar handelte es sich um Cystenbildungen im Becken, linken Oberschenkel, linker Tibia, beiden Füßen und rechtem Humerus. Zur Erkennung der Erkrankung führte eine Spontanfraktur des linken Oberschenkels. Einer genauen Beschreibung der einzelnen Cysten, wie sie sich im Röntgenbilde zeigen, folgen Ausführungen über den der Cystenbildung vermutlich zugrunde liegenden Krankheitsprozeß. Daß es sich um eine selbständige Skeletterkrankung handelt, geht mit Wahrscheinlichkeit aus den Röntgenbildern hervor, welche einen hochgradigen Schwund des Knochengewebes auch an den von Cysten nicht befallenen Knochen erkennen lassen. Nach Ansicht des Verf. besteht die Möglichkeit, daß die cystische Erkrankung des ganzen Skelettes eine Verwandtschaft zu der Ostitis deformans v. Recklinghausen's besitzt, welche charakterisiert ist durch Umwandlung des Fettmarkes in Fasermark, durch gesteigerte Knochenresorption und Kalkberaubung und durch Neubildung kalkarmen oder kalklosen Knochens. Die Bildung von Cysten ist dabei entstanden zu denken durch Auftreten von Spalträumen in den Maschen des ödematösen Fasermarkes, die sich durch Exsudation oder durch Blutungen vergrößern und in Cysten verwandeln.

Blauel (Tübingen).

22) **R. Giani** (Torino). La formula leucocitaria nell' osteomyelite acuta.

(Clinica moderna T. IX. Nr. 19.)

In Erweiterung früher mitgeteilter klinischer Untersuchungen hat Verf. genaue Blutbefunde auch bei experimentell erzeugter Osteomyelitis erhoben. Letztere wurde bei acht jungen, kräftigen Kaninchen durch Einimpfung von hochvirulenten Staphylokokkenkulturen in das Mark des Femur hervorgerufen. G. fand nun, daß bei den schwersten tödlichen Fällen dieser experimentellen Osteomyelitis die Leukocytenkurve hoch anstieg, während die eosinophilen Zellen aus dem Blute verschwanden. Bei den nicht tödlichen Fällen stieg die Leukocytenkurve ebenfalls empor, um rasch (nach 4—5 Tagen) zu fallen und einer raschen und erheb-

lichen Zunahme der Zahl der eosinophilen Zellen im Blute Platz zu machen (80 bis 87% der Gesamtmenge der weißen Blutzellen am 10.—12. Tage). Leukocyten- und Fieberkurve einerseits und jene der eosinophilen Zellen andererseits verhielten sich also im Experiment umgekehrt. Verf. glaubt, daß der erhebliche Anstieg der letzteren ein Ausdruck für »den Sieg über die Keime« der Osteomyelitis sei.

A. Most (Breslau).

23) **J. Schnitzler.** Zur Symptomatologie der Gelenkfremdkörper.
(Wiener med. Presse 1903. Nr. 23.)

Auf Grund zweier eigener Beobachtungen und der in der Literatur beschriebenen Fälle möchte Verf. zwei Typen von chronischen Fremdkörpergelenkerkrankungen aufstellen. Beim ersten Typus handelt es sich um ein Krankheitsbild, das der Anwesenheit eines metallischen Fremdkörpers im Gelenke seine Existenz verdankt, und das eine aseptische, anfallsweise auftretende Gelenkschwellung darstellt, die nur bei sehr summarischer Betrachtung mit einer tuberkulösen Erkrankung verwechselt werden kann und die außerdem leicht skiaskopisch entlarvt werden wird.

Beim zweiten Typus handelt es sich um eine fungusähnliche Fremdkörperarthritis, die den gewöhnlichen Eiterkokken ihre Entstehung mitverdankt. Diese Gelenkentzündungen sind auch nach langem Bestande noch dankbare Objekte einer einfachen chirurgischen Therapie, und selbst ausgedehntere Wucherungen der Synovialis scheinen nach Entfernung des ursächlichen Fremdkörpers einer raschen Rückbildung zu verfallen.

P. Wagner (Leipzig).

24) **Voss.** Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage der sog. traumatischen Lokaltuberkulose, speziell der Knochen und Gelenke.
Inaug.-Diss., Rostock, 1903.

Unter 577 Fällen von Knochen-, Gelenk- und Hodentuberkulose, die in dem Zeitraume von 1890—1902 in der Rostocker chirurgischen Universitätsklinik behandelt wurden, fanden sich 125 Fälle, bei denen als Ursache der lokalen Tuberkulose ein Trauma angegeben worden war. Von diesen 125 Fällen schließt V. ungefähr ein Drittel gänzlich aus, da entweder die Diagnose ungewiß war oder das Trauma eine bereits bestehende Tuberkulose offenbar nur verschlimmerte, oder auch die zwischen Trauma und Ausbruch der entzündlichen Erscheinungen liegende Zeit so groß war, daß ein ursächlicher Zusammenhang nicht mehr in Betracht kommen konnte. Bei einem zweiten Drittel der Fälle ist ein ursächlicher Zusammenhang des Leidens mit dem Trauma möglich, seine Wahrscheinlichkeit jedoch äußerst gering. Nur für das letzte Drittel der Fälle ist Verf. geneigt — also für etwa 7% —, einen ursächlichen Zusammenhang anzunehmen. In der Regel handelte es sich um leichtere Traumen, Kontusionen und Distorsionen, und es wird hierdurch die Erfahrung bestätigt, daß schwere Verletzungen nur selten den Anlaß zur Erkrankung an Lokaltuberkulose geben; nur einmal fand sich bei dem von V. verarbeiteten Material eine Fraktur vor. Im Anschluß hieran teilt V. noch drei weitere Fälle mit, in denen ein schweres Trauma (Fraktur, Plattfußredression, Quetschung) anscheinend eine lokale Tuberkulose verursacht hat. V. hält die traumatische Entstehung der Tuberkulose wohl für möglich, aber zurzeit nicht für sicher nachweisbar und will keinen Fall als traumatisch entstanden gelten lassen, in welchem auch nur die leisesten lokalen Krankheitserscheinungen schon vor der Verletzung bestanden haben.

Deutschländer (Hamburg).

25) **A. Bier.** Über einige Verbesserungen hyperämisierender Apparate. (Aus der kgl. chir. Univ.-Klinik in Bonn.)
(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 5.)

B. benutzt seit längerer Zeit zur Erzeugung lokaler Hyperämie gläserne Saugapparate, in welche das zu behandelnde Glied hineingesteckt und durch eine Gummimanschette luftdicht abgeschlossen wird. Die Luft wird in dem Apparate

durch eine Ventilsaugpumpe verdünnt und dadurch Hyperämie des Gliedes, starkes Wärmegefühl und Abdunstung von Wasser, das sich an den Wänden des Glasgefäßes niederschlägt, erzeugt. Verf. beschreibt ausführlich die Anwendung solcher Saugapparate für die Hand, den Fuß, das Ellbogen- und Kniegelenk unter Hervorhebung der zu beachtenden Vorsichtsmaßregeln und Indikationen. Die Wirkung der Apparate besteht indes nicht bloß in einer Hyperämisierung, sondern — was das größte Interesse erregt — auch in einer Mobilisierung versteifter Gelenke, die trotz der sich geltend machenden erheblichen Gewalt des äußeren Luftdruckes doch in milder und für den Pat. schonender Weise erfolgt. Allerdings ist bis jetzt der Gebrauch der Saugapparate zu solchen orthopädischen Zwecken noch beschränkt, da, abgesehen davon, daß solche für Schulter- und Hüftgelenk noch nicht hergestellt werden konnten, einzelne Bewegungen, wie z. B. die Streckung in stärkerer Beugestellung versteifter Finger, die Streckung von Knie- und Ellbogengelenk, die Pro- und Supination im Fuß- und Handgelenk, in den Apparaten nicht möglich ist. Verwendet wurden letztere — in der von C. Eschbaum in Bonn gelieferten Vervollkommnung — zur Mobilisierung von Gelenken, die durch chronischen Rheumatismus, Traumen oder durch ausgeheilte Tuberkulose versteift worden sind.

Im zweiten Teil der Abhandlung beschreibt B. einen bei Trigeminusneuralgien benutzten Heißluftapparat, dessen vorderer, spitzzulaufender Ansatz durch ein Hohlkugelgelenk nach allen Richtungen beweglich gemacht ist und, während ihm die heiße Luft entströmt, vor der schmerzhaften Gesichtshälfte hin und her geführt wird. Die Behandlung muß längere Zeit — selbst monatelang — fortgesetzt werden, bis ein voller Erfolg eintritt. **Kramer** (Glogau).

26) H. Wohlgemuth. Vorzüge und Technik der Sauerstoff-Chloroformnarkose.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 5.)

W. beschreibt einen neuen Apparat zur Sauerstoff-Chloroformnarkose, bei welchem Chloroformgefäß und -tropfvorrichtung auf der Maske drehbar angebracht sind, so daß sie vom Narkotiseur leicht zu kontrollieren und in jeder Stellung der Maske bezw. bei jeder Bewegung des Pat. senkrecht stehen können. In dieser neuen Form soll der Apparat tadellos funktionieren und sich durch seine denkbar größte Einfachheit sowohl vor den früheren Konstruktionen des Verf. (s. dieses Blatt 1901, Bericht über den Chirurgenkongreß p. 20 und 1902, p. 1167) als auch den Roth-Dräger'schen Modellen (s. dieses Blatt 1902, Bericht über den Chirurgenkongreß p. 42 und 1902, p. 1188) auszeichnen. **Gutzeit** (Neidenburg).

27) F. Meyer. Über Panaritium gonorrhoicum.

(Fortschritte der Medizin 1903. Nr. 35.)

23jährige Pat., mit gonorrhoischem Vaginalkatarrh und multipler Gelenkerkrankung in die I. med. Klinik zu Berlin aufgenommen. Vor kurzer Zeit Trauma mittels eines Eiseninstrumentes an der Radialseite der zweiten Phalanx des rechten Mittelfingers; 3 Tage nach der Aufnahme an derselben Stelle eine markstückgroße, unempfindliche Eiterblase, nach deren Abtragung ein mit schmierig gelblichem Eiter belegter und von scharf gezacktem, leicht erhabenem Rande umgebener Hautdefekt resultierte, der geringe Neigung zu heilen — $3^1/_2$ Wochen — zeigte. Die benachbarten Sehnen und Gelenke nicht erkrankt.

Sowohl im Eiter als auch in dem damit beschickten Kiefer'schen Ascitesagar Gonokokken nachweisbar.

Verf. ist geneigt, hier eine Kontaktinfektion anzunehmen.

Kronacher (München).

28) Weik. Über gonorrhoische Arthritis.

(Med. Korrespondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins 1904. Nr. 7 u. 8.)

Unter 1123 Gonorrhöefällen des Katharinenhospitals zu Stuttgart wurde 24mal Tripperrheumatismus beobachtet. Er bewegte sich dem klinischen Verlaufe nach

zwischen ganz leichten Erkrankungen mit flüchtiger, eben angedeuteter Schmerzhaftigkeit in einem Gelenk oder einer Muskelgruppe bis zu den schwersten Anfällen mit oft außerordentlich chronischem Verlaufe. Gerade dieser Mangel eines bestimmten Typus kennzeichnet die gonorrhoischen Gelenkerkrankungen am besten. Fälle von eitriger Gelenkentzündung wurden nicht beobachtet. Auffallend war das häufige Zusammentreffen von Syphilis mit gonorrhoischer Allgemeininfektion, nämlich in 33% der Fälle. Vielleicht führt also die Gonorrhöe auf einem durch Syphilis vorbereiteten Boden leichter zu Allgemeininfektion. Therapeutisch bewährten sich gegen die Schmerzen und Schwellung Spiritusumschläge; von immobilisierenden Verbänden wurde tunlichst abgesehen, und die funktionellen Erfolge waren später meist gute. Einfache Lagerungsverbände und Bier'sche Stauung genügten meist zur Schmerzlinderung. Verf. führt ausführlich einen Fall von gonorrhoischer Allgemeininfektion an. **Mohr** (Bielefeld).

29) **Weiss.** Complication chirurgicale grave au cours de la fièvre aphteuse.

(Revue méd. de l'Est 1904. Nr. 1.)

Ein Schlächter zog sich beim Schlachten einer mit Aphten behafteten Kuh eine kleine oberflächliche Wunde am Knie zu, welche zunächst glatt verheilte, nach einigen Tagen aber wieder aufbrach und Aphtenflecken an den Rändern bildete. 2 Tage später schmerzhafte Anschwellung des Kniegelenkes, weiterhin Stomatitis aphtosa, Fieber; die Punktion des Kniegelenkes ergab beginnende Vereiterung, daher Arthrotomie mit günstigem weiteren Verlaufe. Später nochmals Aphteneruption in der Mundhöhle, Lungenblutungen, schließlich Heilung. Kulturen der punktierten Gelenkflüssigkeit ergaben nur Blastomyceten und dem Kolibazillus ähnliche Keime. Verf. glaubt daher, daß es sich nur um eine einfache entzündliche Arthritis von der nicht aseptischen Hautwunde aus gehandelt habe.

Mohr (Bielefeld).

30) **A. Martina.** Die Behandlung der Hypospadie nach der Beck-schen Methode.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 179.)

Mitteilung von vier einschlägigen, in der Grazer Klinik operierten Fällen, zwei Kinder und zwei Erwachsene. Nur ein Mißerfolg bei einem 20jährigen Knecht, der nachträglich nach der zweiten Beck'schen Methode erfolgreich operiert ist. Unter den übrigen drei geheilten Fällen befindet sich ein 22jähriger Schuster, der vorher anderweitig mittels sechsmaliger plastischer Operation mit höchst mangelhaftem Resultate behandelt war. Die in Graz erzielten Resultate befriedigten kosmetisch wie funktionell (Miktion mit kräftigem Strahle, völlige Urinkontinenz) durchaus. Technisch wird hervorgehoben, daß es von Wichtigkeit ist, die Harnröhre genügend weit nach hinten frei zu präparieren, und daß man an ihr vorn zweckmäßigerweise (nach v. Bardenheuer) eine ca. $1/_2$ cm breite Cutismanschette zur Formierung der neuen Öffnung stehen läßt, ferner daß bei etwas kurzer Harnröhre die Tunnelierung der Eichel praktischerweise schräg nach oben dorsalwärts zu machen ist. Der Penis krümmt sich dann weniger, zumal bei Erektion. Für die Nachbehandlung wird Verweilkatheter empfohlen. Zum Schluß Literaturübersicht. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

31) **Wallart** (St. Ludwig). Über die Kombination von Karzinom und Tuberkulose des Uterus.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. L. Hft. 2.)

Verf., welcher an dem pathologisch-anatomischen Institute zu Basel arbeitete, berichtet über drei einschlägige Fälle dieser seltenen Kombination, von denen die zwei ersten bereits durch E. Kaufmann in seinem Lehrbuche für pathologische Anatomie mitgeteilt worden sind. Fall I betrifft eine 55jährige Pat., bei welcher die Probeabrasio ein ausgesprochenes Adenocarcinoma corporis nachwies. In dem

Stroma der Neubildung fand Kaufmann zahlreiche Tuberkel mit Riesenzellen und käsigem Zerfall. In Fall II handelte es sich um eine vorgeschrittene Bauchfelltuberkulose, welche zur Entstehung einer sekundären Genitaltuberkulose geführt hatte. Das Karzinom — in der Cervix lokalisiert — war sicher jüngeren Datums, da die Tuberkulose in die Cervixsubstanz tiefer vorgedrungen war als das Karzinom.

Im Gegensatze zu diesen beiden Fällen betraf der letzte eine 37jährige Frau mit ausgedehntem Cervixkrebs, welcher räumlich streng von dem isolierten Tuberkuloseherd in der Korpusschleimhaut getrennt war.

An die Kasuistik schließt Verf. eine ziemlich ausführliche Literaturbesprechung an und meint gleich Lubarsch (Stein), namentlich in Hinsicht auf Kaufmann's II. Fall, daß die Tuberkulose zuweilen die Entstehung eines Karzinoms verursachen oder begünstigen könne. **Kroemer** (Gießen).

32) K. P. Sserapin. Zur Frage der Amputatio interscapulo-thoracica bei bösartigen Neubildungen des Schulterblattes.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

33) Niedsielski. Über die sog. Amputatio interscapulo-thoracica, ihre Indikationen, Methoden und Resultate.

(Ibid.)

Der 60jährige Pat. S.'s begann vor 7 Monaten über Schmerzen in der rechten Schulter zu klagen. Vor 3 Monaten bemerkte er die Entwicklung einer bald schnell wachsenden Geschwulst an der Schulter; zugleich wurde er sehr elend. Die kindskopfgroße Geschwulst nahm die ganze rechte Schultergelenkgegend ein. Das äußere Drittel des Schlüsselbeines, das Schulterblatt bis auf den Angulus und den medialen Teil der Spina, der Humerus vom Deltoideusansatz aufwärts waren in die Geschwulst einbegriffen. Das Akromion war in der prallelastischen, stellenweise deutlich fluktuierenden Geschwulst durchzutasten, trotzdem es sich nicht mehr knöchern anfühlte; durch Röntgenphotographie konnte nachgewiesen werden, daß es seine Struktur völlig eingebüßt hatte.

Der bei N. zugrunde liegende Fall ist folgender:

Dem 30jährigen Pat. war im November 1901 wegen einer großen Geschwulst am rechten Oberarme die Amputation im chirurgischen Halse des Humerus gemacht worden. Im August 1902 begann im Amputationsstumpf abermals eine Geschwulst zu wachsen. — Beim Eintritt des Pat. in die Klinik im Januar 1903 war diese kindskopfgroß, reichte vorn bis zur Mitte des Schlüsselbeines, unten bis zur 4. Rippe, hinten bis zur Spina scapulae, so daß etwa die lateralen Hälften des Schlüsselbeines und des Schulterblattes in sie aufgegangen waren.

Die Operation, die in beiden Fällen (Fall I Prof. Weljaminow [St. Petersburg], Fall II Prof. Kusnezow [Warschau]) gleich verlief, begann mit der Resektion des mittleren Drittels des Schlüsselbeines. Darauf wurden unter entsprechender Ablösung der Muskeln die Vv. und Artt. subclav. und der Plexus unterbunden resp. durchtrennt. Sodann folgte die Abtrennung der Muskeln vom Schulterblattrand und die Entfernung der Geschwulst samt den Knochen. Es gelang in beiden Fällen, die Wunden völlig zu schließen. Weljaminow legte zwei Gazetampons ein, die nach einer Woche gewechselt und nach 14 Tagen ganz entfernt wurden. Kusnezow drainierte mit Glasröhren und Tampons. Ungestörte Heilung.

Bei dem ersten Pat. hatte es sich um ein Chondroma myxomatodes, ausgehend vom Akromion, gehandelt. $^1/_2$ Jahr p. op. war Pat. noch gesund.

Der zweite Pat. hatte ein Sarkom, in dessen Zentrum der von der ersten Operation zurückgebliebene Humeruskopf saß. $9^1/_2$ Monate p. op. war auch dieser Pat. rezidivfrei. **V. E. Mertens** (Breslau).

34) **R. A. Hibbs and H. Correll-Loewenstein.** Two cases of congenital elevation of the shoulder, with a review of the reported cases.

(New York med. record 1903. August 1.)

H. und C.-L. klassifizieren die Fälle von angeborenem Schulterhochstand 1) in solche mit einer Knochenbrücke zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule, 2) Fehlen eines oder mehrerer Muskeln des Schulterblattes, 3) Verbildung des supraspinalen Teiles des Schulterblattes, 4) Fälle ohne Knochendeformität mit kurzen oder in anderer Weise defekten Muskeln und normalem oder kleinerem Schulterblatte. Zwei neue Fälle illustrieren Klasse 1 und 4. Die Behandlung besteht bei 1 und 3 in Resektionen, bei 2 in orthopädischen Maßnahmen, um die Depression der Schulter zu ersetzen, bei 4 in verschiedenen orthopädischen Maßnahmen je nach Lage des Falles (cf. Kausch: Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie 1902 Bd. IX u. a.). Eine Literaturübersicht ist beigegeben.

Loewenhardt (Breslau).

35) **C. W. M. Moullin and A. Keith.** Notes on a case of backward dislocation of the head of the humerus caused by muscular action.

(Lancet 1904. Februar 20.)

Nach Verff. ein einzig dastehender Fall, eine durch Muskelaktion bewirkte Humerusluxation nach hinten. Der Unfall ereignete sich beim Tennisspielen, wo Pat. bei einer komplizierten Schlagbewegung nach dem Balle sein Ziel verfehlte und wo darauf plötzlich der Arm gebrauchsunfähig herabfiel. Es bestand zweifellos eine Schulterverrenkung nach hinten, die in Narkose außerordentlich leicht eingerenkt wurde. Verff. nehmen an, daß eine Kapselzerreißung nicht bestanden hatte, eine Annahme, die durch die sehr schnelle Heilung des Pat. gestützt wird. Verff. erklären die Dislokation als Folge einer Koordinationsstörung in der Aktion der verschiedenen Schultermuskeln, hervorgerufen dadurch, daß das Gehirn des außerordentlich lebhaft im Spiel engagierten Pat. ungewöhnlich rasch aufeinander folgende entgegengesetzte Willensimpulse zu den Muskeln sandte. So entstand u. a. auch eine sehr energische ungehemmte Kontraktion der kurzen äußeren Rotatoren, die eine Luxatio subspinosa hervorrief.

Eine mit Abbildung versehene Darstellung der Anatomie der interessanten Luxation ist der Arbeit beigegeben. **H. Ebbinghaus** (Berlin).

36) **D. R. v. Mašek und M. Joanović.** Ein Fall von Aktinomykom der Achsel vom klinischen und bakteriologischen Standpunkte.

(Liečnički viestnik 1904. Nr. 2. [Kroatisch.])

Die 33jährige Pat. bemerkt seit einem Jahre, daß ihr eine Geschwulst in der rechten hinteren Achselfalte wächst. Dieselbe ist durch eine harte Geschwulst verdickt, die Haut blaurot, mit zahlreichen Knötchen von 1—4 mm Durchmesser durchsetzt, welche teils fest, solid, teils an der Kuppe erweicht sind und auf Druck eine gelbliche Flüssigkeit und Blut entleeren. Die Geschwulst umfaßt die Haut und Muskulatur, ist bretthart. Sie wird umschnitten und im Gesunden exzidiert (Dr. T. Wikerhauser), wobei ein Teil des Latissimus dorsi mit entfernt werden mußte. Heilung.

Die Diagnose auf Aktinomykose wurde aus dem Sekret, aus der histologischen Untersuchung des Tumors und kulturell bestätigt. Es handelt sich um die seltene Form eines geschwulstartig gut begrenzten Infiltrates, das von Johne Aktinomykom benannt wurde. **v. Čačković** (Agram).

37) **Pascale** (Napoli). Neoartrosi a sostegni metallici.

(Riforma med. 1903. Nr. 48, 50, 51.)

Der Aufsatz ist ein vom Verf. in der Accademia med.-chir. zu Neapel gehaltener Vortrag mit Demonstration zweier Kranken. Im ersten Falle handelte es

sich um ein großes Osteosarkom des Oberarmkopfes, dessen Resektion einen großen Defekt setzte. P. suspendierte deshalb den Oberarmstumpf mittels starker Silberdrahtschlinge an der Cavitas glenoidalis scapulae (Operation im November 1902). Der Wundverlauf war reaktionslos, das funktionelle sowie kosmetische Resultat ein gutes. — Bei dem zweiten Kranken verfuhr P. in analoger Weise am Hüftgelenke; hier mußte der Oberschenkelkopf wegen einer schlecht geheilten Fraktur mit veralteter Subluxation nach hinten reseziert werden. Auch hier war das Resultat nach jeder Richtung hin ein gutes. Verf. empfiehlt daher die Verwendung von Metallschlingen im beschriebenen Sinne, wie sie jüngst auch von Lennander benutzt wurden (v. Langenbeck's Archiv 1903), sehr warm. Drei Skiagramme und fünf Zinkotypien illustrieren die Verhältnisse vor und nach den beschriebenen Operationen. **A. Most** (Breslau).

38) **W. K. Barth. Ein Fall aufsteigender Neuritis nach Trauma. Nervendehnung.**

(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

Ein 23jähriger Kanonier bekam einen Stoß gegen den oberen Teil des linken Unterschenkels. Die Kleider wurden zerrissen und die Haut gequetscht. Der heftige Schmerz und die Schwellung ließen bald nach, aber die Wunden heilten nicht, vielmehr begannen auch die Schmerzen nach 3 Wochen wieder.

Es fand sich ein 6 cm im Durchmesser haltendes, mit schlaffen Granulationen bedecktes, rundes Geschwür mit unregelmäßigen, nicht unterminierten oder verdickten Rändern, das ca. 10 cm unterhalb der Kniegelenkslinie medial gelegen und mit der Haut verschieblich war. Ein gleiches Geschwür von kaum 1 cm Durchmesser lag über der Tuberositas tibiae.

Durch keinerlei Behandlung konnten die Geschwüre zur Vernarbung gebracht werden. Es bildeten sich statt dessen immer von neuem festhaftende Membranen. Zudem wurde Pat. durch Schmerzen in der medialen Hälfte des ganzen Beines gequält, die besonders bei Druck auf die in der Tiefe gelegenen Teile stark waren. Nach 3monatigem Bemühen wurde endlich die zirkuläre Umschneidung des Geschwüres bis auf die Fascie gemacht (14. Januar); in weiteren 3 Monaten vollzog sich die Vernarbung.

Da eine Besserung der Schmerzen im Beine durch Elektrisation nicht erreicht wurde — Pat. hat außerdem zwischendurch an Angina, Migräne und Herpes zoster gelitten —, wurde (26. März) die Dehnung des N. ischiadicus gemacht. Es erwies sich, daß er gleichmäßig verdickt war; die kleinen Gefäße seiner Scheide waren stark entwickelt und strotzend gefüllt. Als Pat. 5 Wochen später entlassen wurde, waren die Wunden heil, aber die Schmerzen hielten noch an.

Verf. führt alle Erscheinungen auf Störungen im Nervensystem zurück.

V. E. Mertens (Breslau).

39) **O. Lipffert. Über das Hygrom der Bursa trochanterica profunda.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 2.)

Nach kurzer Besprechung der topographisch-anatomischen Verhältnisse der Trochantergegend berichtet Verf. über drei Fälle von Hygrom der Bursa trochanterica profunda aus der Tübinger chirurgischen Klinik. Auf Grund dieser und der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen wird eine zusammenfassende Beschreibung der seltenen Affektion gegeben. **Blauel** (Tübingen).

40) **G. Ledderhose. Über die Regeneration der unterbundenen Saphena.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 401.)

L. hat auf der vorjährigen Naturforscherversammlung zwei Fälle veröffentlicht, in denen sich die wegen Varicen doppelt unterbundene und durchtrennte Saphena,

nach 9 bezw. 7 Jahren wegen Varicenrecidives nochmals freigelegt, wieder durchgängig geworden zeigte (cf. d. Bl. 1903 p. 1346). Beide Male wurde in ergiebiger Ausdehnung das interessierende Gefäßstück reseziert und gründlich anatomisch untersucht. Die seinerzeit verschlossenen Gefäßstümpfe standen wieder durch ein varikös-buchtiges Zwischenstück miteinander in offener Verbindung, und es schien ausgeschlossen, daß es sich um Bildung einer Kollateralbahn durch Nebenäste handelte. L. nimmt an, daß durch Kanalisierung der nach der Ligatur zustande gekommenen Thromben, durch Fortsatzbildung dieser Kanäle diese schließlich zur Vereinigung gelangt sind. Ein Präparat ist makro- und mikroskopisch abgebildet und histologisch besonders dadurch interessant, daß in dem Brückenstücke sich auch elastische Fasern von zweckmäßiger Anordnung gebildet zeigen. L. sieht durch seine Befunde die alte Kontroverse, ob nach Gefäßdurchschneidungen Wiederdurchgängigwerden und Kontinuitätsherstellung an den Stümpfen möglich ist, im bejahenden Sinne für entschieden an und rät, die Saphena, um ihre Regeneration tunlichst auszuschließen, zu resezieren, nicht einfach zu durchtrennen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) **Wittek.** Die Bedeutung der Sehnentransplantation für die Behandlung choreatischer Formen der infantilen Zerebrallähmung.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 4.)

Nach dem Vorgange von Eulenburg und Codivilla hat W. bei spastischer Paraplegie beider Beine, vergesellschaftet mit Athetose und Chorea, eine Sehnentransplantation vorgenommen. Das 9½jährige Kind konnte nicht gehen und stehen. W. tenotomierte an beiden Beinen an dem Ileopsoas und verpflanzte die Sehnen des Biceps, Semimembranosus und Semitendinosus an den oberen Rand der Kniescheibe. Der Erfolg war ein sehr guter. Es wurden eine Reihe von willkürlichen Bewegungen möglich, die früher unmöglich waren. Der Krampf der Beuger hatte sich an der Hüfte (Tenotomie) gebessert, am Knie (Überpflanzung) vollständig behoben, so daß letzteres prompt und sicher gebeugt und gestreckt werden konnte. Auch die choreatischen Bewegungen wurden an der Hüfte wesentlich gebessert, am Knie völlig behoben. W. will in einem weiteren Falle den Ileopsoas nicht tenotomieren, sondern auch verpflanzen. **Haeckel** (Stettin).

42) **Scheffczyk.** Die Erfolge der Osteotomie bei Genu valgum.

Inaug.-Diss., Breslau, 1903.

S. berichtet über die in den letzten 10 Jahren in der Breslauer chirurg. Universitätsklinik ausgeführten Osteotomien bei Genu valgum. In diesem Zeitraume wurden 47 Pat. mit 76 Genua valga 85mal osteotomiert, und von diesen konnten 35 Pat. im Jahre 1901 einer Nachuntersuchung unterzogen werden. In der Mehrzahl der Fälle wurde die MacEwen'sche Methode angewendet, in 27 Fällen mit der Modifikation von Gussenbauer; in einer Reihe von Fällen wurde auch die Billroth-Schede'sche Durchmeißelung der Tibia und einmal eine Osteotomie der Fibula über dem Malleolus externus ausgeführt. Die Korrektur der Deformität wurde in der Regel erst 8 Tage nach der Operation vorgenommen; 8 Wochen nach der Operation erfolgte im Durchschnitte die Entlassung mit Gipsverband. Die Beschäftigung wurde von den Pat. durchschnittlich nach 3 Monaten wieder aufgenommen; 10 von den Osteotomierten waren völlig militärtauglich und machten zurzeit den Chinafeldzug mit, 72 wurden angeblich ihrer Beine wegen zurückgestellt und die übrigen 13 von den 35 Nachuntersuchten waren teils aus anderen Gründen militäruntauglich, teils kamen sie für die Wehrpflicht noch nicht in Betracht. Einmal trat im Anschluß an eine Osteotomie eine Peroneuslähmung auf, einmal ein Rezidiv, und in einer Reihe von Fällen machte sich Überkorrektion in Varusstellung störend geltend. Erheblichere Beweglichkeitsbeschränkungen des Kniegelenkes bestanden nur in 6 Fällen. **Deutschländer** (Hamburg).

43) Herhold (Altona). Hysterischer Spitzfuß nach Trauma.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1903. Nr. 5.)

Ein Unteroffizier verspürte nach einem Sprung über den Graben einen heftigen Schmerz im rechten Fuß. Seitdem schonte er den Fuß, und nach ca. 1/4 Jahre waren die Beschwerden derart, daß er dem Lazarett überwiesen werden mußte. Es fand sich ein ausgesprochener Spitzfuß. Trotz dreimonatiger Behandlung trat eine wesentliche Besserung nicht ein, und Pat. mußte entlassen werden. Eine Knochenverletzung konnte nicht gefunden werden. Pat. machte den Eindruck eines unruhigen, nervösen Menschen.

Verf. erörtert im Anschluß daran die Diagnose bezüglich der sog. Gewohnheitskontraktur, läßt es im übrigen dahingestellt sein, ob für das Entstehen des Leidens nicht etwaige »Begehrungsvorstellungen« mit verantwortlich zu machen sind.

Bähr (Hannover).

44) V. Chlumský. Die operative Behandlung des Plattfußes nach Müller.

(Časopis lékařů českých 1903. p. 1095.)

C. erzielte mit der Müller'schen Methode in zwei hartnäckigen Fällen von Plattfuß einen vollkommenen Erfolg, mußte dieselbe aber in beiden Fällen modifizieren. Im ersten Falle — 10jähriger Knabe — war die Sehne des M. tibialis anticus geteilt, weshalb der Autor die beiden Teile durch je einen Kanal im Os naviculare und cuneiforme internum durchleitete und an die Außenseite dieser Knochen annähte. Die Achillessehne blieb in diesem Falle unversehrt. — Im zweiten Falle — 18jähriges Mädchen — war die Tibialissehne zu dick; Autor spaltete sie, leitete den einen Teil durch den Kanal im Os naviculare an die Außenseite des letzteren und vernähte ihn hier mit dem anderen, freien Teil; die Befestigung an den Knochen entfiel in diesem Falle. In beiden Fällen wurde die Operation beiderseitig ausgeführt.

G. Mühlstein (Prag).

45) Momburg. Die Behandlung der Fußgeschwulst mit künstlicher Stauungshyperämie.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1904. Hft. 1.)

M. hat 38 Fälle von Fußgeschwulst, darunter 16 nachgewiesene Brüche und 22 Fälle einfacher Fußgeschwulst, zu welchen letzteren er auch Fälle zählte, bei denen keine Bruchlinie zu erkennen war, aber eine Knochenverdickung eintrat, mit Bier'scher Stauung behandelt. Es wurden oberhalb des Fußgelenkes um den Unterschenkel 2—3 Touren einer Flanell- oder Cambrikbinde gelegt, auf diese kamen 2—3 Touren einer Gummibinde, welche 2—3 Stunden liegen blieb. Verf. glaubt hierdurch eine Abkürzung der Heilungsdauer beobachtet zu haben, wenn er auch zugibt, daß diese 38 Fälle noch kein endgültiges Urteil gestatten. (Bei der so sehr großen Anzahl der in der Armee vorkommenden Fälle von Fußgeschwulst können diese 38 Fälle bezüglich der durchschnittlichen Behandlungsdauer in der Tat nur eine sehr bescheidene Rolle spielen. Ref.)

Herhold (Altona).

Bezugnehmend auf das Referat des Kollegen M. v. Brunn in Nr. 12 p. 370 des Z. f. Chir. erlaube ich mir richtig zu stellen, daß ich niemals bei der intrakapsulären Prostataresektion mit der Sectio alta anzufangen und von der Blase aus mit dem Finger mir die Prostata entgegenzudrücken anempfohlen habe. Es ist also ein himmelweiter Unterschied zwischen dem, was ich vorschlage und was Nicoll anempfiehlt. Daher kann von einer Neuerfindung seiner bereits im Jahre 1894 im Lancet beschriebenen Methode meinerseits nicht die Rede sein.

L. Rydygier.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 17. Sonnabend, den 30. April. 1904.

Zur Behandlung des chronischen Morbus Brightii durch Nephrolysis und Nephrokapsektomie.

Von

Thorkild Rovsing,

o. Prof. der Chirurgie an der Universität in Kopenhagen.

Eine Äußerung von Maragliano, die darauf ausgeht, daß meine »Nephrolysis« im Prinzip dieselbe Operation wie Edebohls' »Nierendekapsulation« sei, hat Edebohls veranlaßt, »um dieses nicht leicht

erklärliche Mißverständnis zu beseitigen«, in dieser Zeitschrift Nr. 7 (p. 189) eine Darstellung meiner Operation zu geben, die so irreleitend ist, daß ich gezwungen bin, sie zu berichtigen. Edebohls sagt: »Die Nephrolysis also bezweckt Lösung der Niere aus perinephritischen Verwachsungen und damit Befreiung des Organs von Kompression; die Capsula propria bleibt dabei prinzipiell unversehrt und mit der Niere in Verbindung«.

Dies ist ganz unrichtig. Meine Nephrolysis besteht, wie dies einfach aus meiner Abhandlung in den Mitteilungen aus den Grenzgebieten Bd. X p. 311 erhellt, gerade in einer ganzen oder teilweisen Lösung der Niere, sowohl der Fettkapsel wie der Membrana propria, durch einfache Spaltung und Lösung derselben oder in partieller Exstirpation. Herr Edebohls weiß dies sehr wohl, behauptet aber ganz dreist, daß die in allen meinen Fällen vorgenommene Dekapsulation »unfreiwillig, unbeabsichtigterweise(!)« geschehen sei.

Der Zweck meiner Operation ist deutlich genug p. 312 angegeben:

1) Durch Aufhebung des Druckes, gleichviel ob dieser einer subkapsulären Ansammlung oder einer Kapselschrumpfung zuzuschreiben ist, befreie ich den Pat. von Schmerzen.

2) »Wenn der nephritische Prozeß überhaupt heilbar ist, so glaube ich, daß die durch die Nephrolysis geschaffenen günstigen Zirkulationsbedingungen Heilung herbeiführen können.«

Da es sich nun obendrein so verhält, daß Herr Edebohls in den 16 der 18 von ihm mitgeteilten Fälle (Med. record 1901 Februar 21) gar nicht Exstirpation der Kapsel, sondern einfach Spaltung der Membrana propria und Nephropexie vorgenommen hat, so scheint mir seine Indignation über die »Mißverständnisse« Maragliano's und anderer gänzlich unberechtigt. Edebohls hat in Wirklichkeit nur Nephrolysis in seinen 16 Fällen vollzogen, und zwischen diesen 16 finden sich gerade die 8 Geheilten. Nur in 2 Fällen, die nicht geheilt wurden, führte er totale Kapselexstirpation aus.

Edebohls will aber künftig prinzipiell totale Exstirpation der Membrana propria vornehmen, sei es, daß die Niere und Kapsel partiell oder total leidend sind, um ein Verwachsen zwischen der Oberfläche der Niere und der blutigen Fettkapsel zu erzielen. Ich erachte dies für vollständig verwerflich; denn was geschieht? Die Niere wird ganz in neugebildeten Bindegewebsmassen eingebettet, die, solange sie frisch sind, nicht unwahrscheinlich eine vermehrte Vaskularisation der Oberfläche der Niere bewirken; aber nach und nach retrahiert sich dieses Bindegewebe und verwandelt sich zu gefäßarmem, fibrösem, hartem Bindegewebe, das unter seiner beständig fortschreitenden Schrumpfung die Niere zusammenklemmt und Ischämie und Atrophie hervorruft.

Warum Edebohls die Nephrolysis, die ihm doch alle seine acht Heilungen gegeben hat, zugunsten einer totalen Exstirpation

der Membrana propria verlassen hat, ist mir überhaupt gänzlich unbegreiflich.

In dem Glauben, daß die Membrana propria nicht ganz ohne Bedeutung für die Niere ist, gehe ich auf ganz entgegengesetzte Weise vor und schone prinzipiell so viel von der Membrana propria wie möglich, wohingegen ich das perirenale Fett- und Bindegewebe in so großer Ausdehnung wie möglich exstirpiere.

Das hängt damit zusammen, daß ich die Indikationen ganz anders als Edebohls betrachte. Meine Indikationen sind die einer Nephrolysis. Nur wo die Niere partiell oder total eingeklemmt ist, sei es, daß eine geschwollene Niere oder ein Hämatom oder eine Cyste die Membrana propria ausspannt, oder daß die fibrös geschrumpfte Membrana propria und Fettkapsel die Niere einklemmen, da erachte ich eine Kapselspaltung, event. Kapselresektion für indiziert. Eine derartige Einklemmung der Niere tritt am häufigsten bei infektiösen Nephritiden, bei Nephrolithiasis und bei der von mir beschriebenen aseptischen, uratischen, interstitiellen Nephritis und Perinephritis ein und gibt sich immer durch Schmerzen in der betreffenden Nierenregion, seltener gleichzeitig durch Hämaturie zu erkennen. Diese Schmerzen rühren von der Irritation der Membrana propria her, die im Gegensatz zum Nierenparenchym sensibel ist, versehen mit sensitiven Nerven. Für mich ist daher Operation nur in Fällen von Nephritis dolorosa streng indiziert.

Gegenüber den eigentlichen »medizinischen Nephritiden«: der diffusen genuinen Schrumpfniere und der diffusen parenchymatösen Nephritis — insofern diese toxischen, nicht infektiösen Ursprunges sind, erachte ich Operation für unrichtig, oft schädlich.

Im Gegensatz hierzu stellt Edebohls das Postulat auf, daß bei jedem chronischen Morbus Brightii, in welchem Stadium er sich auch befinden möge, beide Nieren einer Dekapsulation zu unterwerfen seien.

Ich glaube, daß dies ein verhängnisvoller Irrtum ist, der längst eines ernsten Protestes sowohl von chirurgischer wie von medizinischer Seite bedurfte.

Ein recht unbesonnener Angriff, welchen Edebohls in seinem Aufsatz im Zentralblatt auf die Berechtigung der Diagnose Nephritis in 4 meiner 17 Fälle gerichtet hat, veranlaßt mich hier, Edebohls' genannte Behauptungen und deren Fundamente einer Prüfung zu unterwerfen.

P. 190 Z. 10 v. u. sagt Edebohls: »Nach genauer Lektüre der Rovsingschen Arbeit, Wort für Wort, kann ich nicht unterlassen, die Diagnose »Nephritis chronica« in einer Anzahl der von Rovsing als solche gedeuteten Fälle zu beanstanden. Allzuoft stützt Rovsing die Diagnose hauptsächlich auf einen bei der Operation vorkommenden, aber nach meiner Ansicht falsch gedeuteten makroskopischen Nierenbefund«. Er nennt dann vier Beispiele und sagt: »Auf solche Befunde hin die Diagnose Nephritis chronica zu stellen, ist durchaus ungerechtfertigt«.

Ein Blick auf diese vier Fälle (Nr. 5, 7, 9 und 12) genügt, um die phänomenale Unkorrektheit der Anklage Edebohls' zu zeigen. Es ergibt sich nämlich, daß die Diagnose in keinem dieser Fälle allein oder wesentlich auf das makroskopische Bild bei der Operation gestützt, sondern erst durch eine sorgfältige Anamnese (z. B. 8jährige Albuminurie), Urinuntersuchung, Cystoskopie, Ureterkatheterisation und bakteriologische Untersuchung des steril aufgefangenen Urins festgestellt ist, ja in zweien der Fälle (Nr. 5 und 9) ist die Diagnose obendrein durch Mikroskopie exzidierten Nierengewebes festgestellt!

Überhaupt glaube ich, daß meine Arbeit, was Edebohls auch einräumt, sich gerade durch die Sorgfalt auszeichnet, womit die Pat. in jeder Beziehung untersucht sind, um gerade darüber zur Klarheit zu gelangen, welche der mannigfaltigen Nephritisformen in jedem der einzelnen Fälle vorgelegen hat, ob es eine infektiöse oder eine aseptische Nephritis, ob es ein diffuser oder lokaler, ein parenchymatöser oder interstitieller Prozeß gewesen ist. Es ist absolut notwendig, daß jeder einzelne Fall, den wir operieren, auf das genaueste untersucht wird, und daß die Resultate dieser Untersuchung bezüglich jedes einzelnen Falles mitgeteilt werden, wenn man jemals zu einer wohlfundierten Ansicht darüber kommen soll, welche Nephritisformen sich durch operative Behandlung beeinflussen lassen.

Aber hier stehe ich bisher ziemlich allein. In der größten Mehrzahl der Mitteilungen über chirurgische Behandlung sogenannten »chronischen Morbus Brightii« fehlen die allerwesentlichsten Untersuchungen, und es herrscht die wildeste Anarchie im Gebrauche des Wortes: Morbus Brightii. Von keinem gilt dies in so hohem Grade wie von Edebohls.

Betrachten wir nun, wie überzeugend das Material[1] ist, auf dessen Basis er im Dezember 1901 verlangt, daß sämtliche chronische »medizinische« Nephritiden der internen Pathologie beraubt und der operativen Behandlung mit totaler Exstirpation der Membrana propria überantwortet werden sollen.

Es besteht aus 18 tabellarisch kurz beschriebenen Fällen: in keinem dieser Fälle ist Cystoskopie, Ureterkatheterisation oder bakteriologische Untersuchung vorgenommen. In den meisten Fällen fehlen die allerdürftigsten anamnestischen Aufschlüsse: in 9 der 18 Fälle »wurde die chronische Nephritis kurz vor der Operation durch die Urinuntersuchung entdeckt«. Betreffs der 16 Fälle wird nicht ein Wort über Status praesens, über die vom Verf. vorgenommene (?) objektive Untersuchung mitgeteilt. Sämtliche Pat. sind weibliche Individuen zwischen 18 und 45 Jahren. 16 von diesen hatten Ren mobilis, kompliziert mit Albuminurie. Wieviel Albumin der Urin enthielt, welche Formelemente, ob Zylinder, Leukocyten, rote Blutkörperchen und Bakterien vorhanden waren, darüber bekommen wir nichts zu wissen. Edebohls behauptet nun, daß alle diese Patienten an Morbus Brigthii litten, unheilbar für jede andere Behandlung. Ob diese Diagnose überhaupt in einem dieser 16 Fälle berechtigt ist, läßt sich nicht entscheiden, da jeder Versuch, eine differentielle Diagnose zu stellen, fehlt. Die

[1] Edebohls, The cure of chronic Bright's disease by operation. Med. record 1901. Dezember 21.



Diagnose scheint nur auf zwei Momente gestellt zu sein: 1) Albuminurie und 2) Inspektion der Oberfläche der durch den kleinen Simon'schen Lumbalschnitt hervorluxierten Niere. Wenn man aber weiß, wie häufig eine Wanderniere mit Albuminurie aus rein mechanischen oder infektiösen Ursachen kompliziert wird, außerdem wie deform, wie atrophisch, wie bucklig auf der Oberfläche, wie adhärent zur Membrana propria eine Wanderniere infolge der traumatischen Insulte, welchen sie solange ausgesetzt ist, werden kann, wird man ungemein skeptisch gegenüber Herrn Edebohls' Diagnose bei diesen 16 Pat. mit Nephroptose.

Diese Skepsis steigt zur Gewißheit, wenn man darauf aufmerksam wird, daß Herr Edebohls bei nicht weniger als 9 von diesen 16 Damen bei der Operation die eine Niere absolut gesund findet, — also ein einseitiger Morbus Brightii! — und daß gerade diese Pat. durch die Nephropexie von ihrer Albuminurie befreit wurden. Nicht weniger als 7 der 8 Pat., die Edebohls als geheilt bezeichnet, gehören zu diesen »einseitigen Brightikern«, alle 8 sind Pat. mit Nephroptosis. Es gibt da nur eine vernünftige Erklärung: daß die Albuminurie einfach der Nephroptose zuzuschreiben ist und daher auch mit dieser durch die Nephropexie gehoben wurde.

Nur in 2 von den 18 Fällen hat Edebohls »Kapsektomie« ausgeführt. In beiden Fällen (Nr. 17 und 18) lag eine infektiöse, septische Nephritis — also kein Morbus Brightii — vor; die eine Pat. ist gestorben, die andere nicht geheilt.

Edebohls hat also in dem uns als Grundlage seiner Behauptung vorgelegten Materiale nicht einen einzigen Fall von geheiltem Morbus Brightii, und die zwei Fälle, in denen er »Kapsektomie« vornahm, waren nicht Morbus Brightii, ebensowenig wie sie geheilt sind.

Soviel über Edebohls' Abhandlung aus 1901. Diese hat nun offenbar eine lebhafte Zuströmung von unangenehmen Pat. mit wirklichem Morbus Brightii an Edebohls bewirkt. Denn schon im März 1903 konnte er mitteilen[2], daß er nun, am Ende des Jahres 1902, nicht weniger als 52 Fälle von Morbus Brightii operiert hatte, aber von den neu hinzugekommenen Fällen waren 11 gestorben, kein einziger geheilt! Heilung hat er immer noch nur in den obenerwähnten Fällen von Wanderniere mit Albuminurie erzielt, und zwar durch einfache Nephropexie mit Spaltung der Membrana propria.

Es ist daher nicht zuviel gesagt, daß Edebohls auch nicht einen Schatten von Beweis dafür gebracht hat, daß chronischer Morbus Brightii durch Operation geheilt werden kann. Auf eigene Erfahrungen gestützt, will ich auf das bestimmteste davor warnen, irgendwelche Hoffnung in dieser Richtung zu hegen.

In den 10 Fällen von Morbus Brightii, welche ich mit Dekapsulation behandelt habe, und über welche ich an anderer Stelle ausführlich berichten will, wurde niemals eine wirkliche Besserung, geschweige denn Heilung der Nephritis beobachtet.

Wie sollte auch eine Dekapsulation so diffuse und tiefe Leiden der Niere, wie die arteriosklerotische interstitielle Nephritis oder

[2] Edebohls, Renal decapsulation for chronic Bright's disease. Med. record 1903. März 28.

die diffuse parenchymatöse Nierendegeneration heilen können? Die Ursache des Leidens wird ja gänzlich unbeeinflußt gelassen.

Ich will daher bestimmt von einem jeden operativen Eingreifen bei allen wirklichen Fällen von Morbus Brightii abraten, worunter ich nur die diffusen, doppelseitigen, nicht infektiösen Nephritiden verstehe. Nur bei Fällen, wo wegen subkapsulärer Ansammlungen oder aus anderem Grunde starke Schmerzen auftreten, kann ein Eingreifen zur Linderung der Schmerzen zulässig sein. Aber derartige Fälle sind äußerst selten.

Ganz anders stellt sich die Sache gegenüber einseitigen oder partiellen Nephritiden und Perinephritiden infektiösen, traumatischen oder uratischen Ursprunges. Hier wird ein operatives Eingreifen oft die Ursache heben und damit Heilung oder doch Linderung der Schmerzen herbeiführen können. Daher ist es gerade so wichtig, daß wir durch sorgfältige Untersuchung zur Klarheit über die Art der Nephritis gelangen.

Dieses läßt sich aber nicht erreichen, solange wir in dem alten Schlendrian verbleiben und glauben, einen Morbus Brightii allein beim Nachweise von Albumin im Urin nachgewiesen zu haben. Wieviel Nierentuberkulosen und andere infektiöse Nierenkrankheiten werden nicht jahrelang wegen der unseligen geläufigen Eiweißreaktion als Morbus Brightii behandelt, bis uns die Möglichkeit, den Pat. durch Operation zu retten, entschlüpft ist.

Der einzige Weg zu einer besseren Erkenntnis, zur Vermeidung der großen Mißverständnisse, ist in allen den Fällen einer Albuminurie, deren Ursache durch den Zustand und das Aussehen des Pat. nicht über jeden Zweifel erhaben ist, die systematisch mikroskopische und bakterioskopische Untersuchung des von der Blase oder noch besser von den Ureteren steril aufgefangenen Urins. Besonders sollte die Ureterkatheterisation in bedeutend größerem Umfange als jetzt von den Medizinern angewendet werden.

Es bedarf hier mehr als auf irgendeinem anderen Gebiete des innigen Zusammenarbeitens zwischen Medizinern und Chirurgen; aber man schrecke doch nicht die Mediziner durch Aufstellung so hazardierter Behauptungen wie die, daß alle Nephritiden chirurgisch behandelt werden sollen, von der guten Mitwirkung zurück, die im letzten Dezennium eingeleitet ist!

---

1) **Lomer** (Hamburg). Zur Frage der Heilbarkeit des Karzinoms.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. L. Hft. 2.)

Ausgehend von dem Gedanken, daß viele von den inoperablen Krebskranken länger leben als ein großer Prozentsatz der Radikaloperierten, trägt L. alle Erfahrungen der einheimischen und ausländischen Literatur zusammen, welche dafür sprechen, daß der

Körper imstande ist, unter gewissen Umständen zurückgebliebene Karzinomteile unschädlich zu machen. Er erwähnt nicht weniger als 213 Fälle von Uteruskrebs, bei welchem die einfache Ausglühung mindestens 2 Jahre lang das Rezidiv verhinderte; ja 149 von ihnen waren über 5 Jahre »geheilt«. Es betrifft dies nur sogenannte verlorene Fälle, welche durch ihren überraschend günstigen Verlauf die Operateure selbst in Erstaunen setzten. — Es ist also nach L. nicht sowohl die Entfernung alles krankhaften Gewebes, als gewissermaßen eine Art Umstimmung des Körpers und seiner Gewebe, welche die Heilung herbeiführt. Derartige Umstimmungen werden ganz allgemein erzielt durch akuten schweren Blutverlust, durch lokale und allgemeine Infektionen, ebenso auch durch die Glühhitze (tiefwirkende Verbrennungen), welche hämolytische Wirkung erzeugt. L. führt derartige Fälle referierend an, in welchen man die genannten Momente in der Tat als wesentliche Heilfaktoren ansehen kann. Zwingend scheint seine Beweisführung nicht. Vielmehr möchte Ref. annehmen, daß alle Beispiele nur beweisen: »Die Kranken überwinden ebenso ihre Infektion, ihre Anämie und Blutdissolution, wie gleichzeitig das event. noch restierende Karzinom«. Nebeneinander hergehende Erscheinungen brauchen nicht notwendig im Verhältnis von Ursache und Wirkung zueinander zu stehen. In Verfolgung seiner Ideen hat L. auch therapeutische Versuche an Krebskranken mit Epithelserum und hämolytischem Menschenserum angestellt. Dieselben lassen noch keineswegs einen Schluß zu. Sehr einleuchtend sind seine Ratschläge für die Behandlung von inoperablen Karzinomen und Rezidiven. Alle verdächtigen Narbenknötchen und inoperable Herde werden intensiv ausgeglüht. Bald nach der Operation empfiehlt Verf. Arsenbehandlung, Vaginalspülungen mit Kal. chloric. Außerdem rät er zu lokaler Wärmebehandlung (Schwitz- und Lichtbädern) und den Versuch einer Allgemeinbehandlung mit fiebererregenden Mitteln, z. B. mit Staphylokokkentoxin.

Die Arbeit, welche eine Fülle origineller Ideen enthält, sei als anregende Lektüre auch dem Gegner obiger Anschauungen empfohlen.

Kroemer (Gießen).

---

2) G. P. Bayon. Beitrag zur Diagnose und Lehre vom Kretinismus unter besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose mit anderen Formen von Zwergwuchs und Schwachsinn.

(Verh. d. physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg N. F. Bd. XXXVI. Nr. 1.)
Würzburg, A. Stuber's Verlag, 1903. Sonder-Abdruck.

Gegenüber der weitverbreiteten Unklarheit darüber, was man als Kretin bezeichnen soll, bemüht sich Verf., diesen Begriff scharf zu umschreiben und führt folgende Symptome als charakteristisch für Kretinismus auf: »a) Fehlen der Schilddrüse oder strumöse Entartung derselben: Athyreoidismus oder Hypothyreoidismus. b) Myxödem, das

aber bei veralteten Fällen öfters fehlt und außerdem von wechselnder Intensität sein kann; ja bei den sog. »Endemischen« fehlt es fast immer. c) Äußerste Apathie und Gleichgültigkeit (Pflanzenmenschen). d) Äußerst protrahierte Entwicklung des Skelett- und Genitalsystems (Infantilismus). e) Anämie; niedriger Hämoglobinprozentsatz, verminderte Anzahl der Erythrocyten, relativ vermehrte Anzahl der Leukocyten. f) Keine oder äußerst dürftige Schweißsekretion, daher die Trockenheit der Haut. g) Niedere Temperatur.«

B. teilt dann drei Krankengeschichten von Kretinen unter besonders ausführlicher Beschreibung des Skelettes mit, die sämtlich eine erhebliche Verzögerung der Knochenbildung, besonders auch keine frühzeitige Synostosis spheno-occipitalis zeigten. Anstatt der so häufig als pathognomonisch aufgeführten frühzeitigen Tribasilarsynostose fand sich im Gegenteil ein abnorm langes Erhaltenbleiben der Knorpelfuge bis ins spätere Alter. In zwei Fällen wurde ein abnorm langes Persistieren der Thymus konstatiert, dagegen fehlte eine normale Schilddrüse stets.

Mit besonderer Sorgfalt und Ausführlichkeit wird die Differentialdiagnose gegenüber der Mikrocephalie, Mikroencephalie, Hydrocephalie, Rachitis, Idiotie, kongenitalen Anomalien, Mikromelie und Adipositas congenita behandelt. Die Mehrzahl dieser oft mit Kretinismus zusammengeworfenen Krankheitszustände wird durch charakteristische Krankengeschichten illustriert. **M. v. Brunn** (Tübingen).

---

3) **Low.** Papillary adenocystoma of the thyreoid gland and accessory thyreoid glands.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Dezember 3.)

Nach Beschreibung von sechs selbstbeobachteten Fällen behandelt L. die Krankheit im allgemeinen unter Berücksichtigung der bekannten Literatur, in der er nur neun Fälle von wirklichem papillärem Adenokystom der Schilddrüse hat finden können. Er hält diese Geschwulstart für nicht sehr bösartig, aber leicht rezidivierend. Vor allem müsse man während der Operation vermeiden, kleine Teile davon in die Wunde zu bringen, deshalb am besten bei geschlossener Kapsel operieren; auch muß man sehr sorgfältig die ganze Geschwulst entfernen; denn unvollständigen Operationen folgt sehr schnell das Rezidiv. **Trapp** (Bückeburg).

---

4) **Walbaum.** Untersuchungen über die Bedeutung der Epithelkörperchen beim Kaninchen.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 2 u. 3.)

Zur Feststellung der Funktion der Glandulae parathyreoideae, der »Epithelkörperchen«, machte W. Versuche an 44 Kaninchen. Diese Epithelkörperchen sind anatomisch genau charakterisierte, selbstständige Gebilde, die histologisch mit keinem anderen Organ über-

einstimmen, vor allem sich deutlich vom Bau der Schilddrüse selbst unterscheiden. Beim Kaninchen finden sich in der Regel zwei Paare, jederseits ein inneres, innerhalb des unteren Poles eines Schilddrüsenlappen gelegenes, und ein äußeres, dicht neben der Schilddrüse gelegenes.

In der ersten Gruppe seiner Versuche exstirpierte W. den Tieren sämtliche vier Epithelkörperchen. Die Tiere gingen nach kurzer Zeit unter Krämpfen oder nach etwas längerer Zeit unter rasch zunehmender Kachexie, oft verbunden mit tonischer Starre der Hinterbeine, ein, ohne daß die Sektion eine Erklärung abgibt. Scheinbare Ausnahme erklären sich durch unbemerktes Zurückbleiben überzähliger Epithelkörperchen.

In der zweiten Gruppe wurden nur die äußeren Epithelkörperchen exstirpiert. Die Tiere gingen nach 2—4 Wochen unter starker Abmagerung, Haarausfall und Struppigwerden des Pelzes ein, zuweilen auch unter den Zeichen chronischer Muskelstarre. Es genügt also das Vorhandensein der inneren Epithelkörperchen nicht zur Erhaltung des Lebens, vermag aber die akut-tetanischen Symptome hintanzuhalten.

In der dritten Gruppe wurden zunächst nur die inneren Epithelkörperchen entfernt. Das wurde von den Tieren ohne irgendwelche Schädigung ertragen. Nahm man dann aber nachträglich die äußeren heraus, so gingen sie sämtlich ein, mit Ausnahme eines. Vielleicht war bei diesem ein überschüssiges Körperchen vorhanden.

In einer letzten Gruppe von Experimenten endlich nahm W. Transplantation der äußeren Epithelkörperchen in die Magengegend vor. Das wird von den Tieren ohne Schaden ertragen; nimmt man aber gleichzeitig oder später die inneren Epithelkörper mit fort, so gehen die Tiere zugrunde.

Es ergibt sich also daraus, daß die Epithelkörperchen eine wichtige Funktion haben, die mit derjenigen der Thyreoidea nicht übereinstimmt. Worin das Wesen der Funktion besteht, bleibt noch dunkel.

Haeckel (Stettin).

---

5) **Balacescu** und **Kohn.** Die äußere cervicale Ösophagotomie zur Extraktion von Fremdkörpern im Ösophagus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 2.)

Die Arbeit stellt eine kurze Monographie der Behandlung von Fremdkörpern in der Speiseröhre dar; sie bespricht die verschiedenen Methoden ihrer Entfernung. Vor allem wird eine rasche Beseitigung der Fremdkörper gefordert wegen der Nachteile längeren Verweilens in der Speiseröhre. Vor der Entscheidung für irgendeines der Verfahren soll man sich über Größe und Form des verschluckten Fremdkörpers orientieren, event. mittels der Röntgenstrahlen. Bei größeren spitzen Körpern müssen Extraktionsversuche durch den Mund als sehr gefährlich betrachtet werden. Die äußere cervicale

Ösophagotomie ist beim Erwachsenen in sämtlichen Fällen indiziert, in denen der Fremdkörper in der Speiseröhre bis dicht unter seiner zweiten Verengerung sitzt, die intrathoracische, wenn er in der Höhe zwischen viertem und siebentem Brustwirbel steckt, die Gastrotomie, wenn er im diaphragmatischen und abdominellen Teil der Speiseröhre fixiert ist. Bei Kindern wird man auch bei tieferem Sitze des Fremdkörpers meist mit der cervicalen Ösophagotomie auskommen. Im übrigen ist die intrathoracische Ösophagotomie einstweilen eine mehr theoretische Forderung. Behufs Entfernung von Fremdkörpern ist sie am Lebenden bisher noch nicht ausgeführt worden. Die Operation der Wahl ist die cervicale Ösophagotomie, die zuerst im Jahre 1783 ausgeführt wurde. Die Literatur seit dieser Zeit ist von den Verff. sorgsam zusamengestellt. Der Hautschnitt sei groß. Die Auffindung der Speiseröhre ist leicht. Bei tiefem Sitz des Fremdkörpers soll man sich vor den Extraktionsversuchen mit dem in die Speiseröhrenwunde eingeführten Finger gut orientieren, die so groß sein muß, daß man bei dem Herausziehen des Fremdkörpers keine weiteren Verletzungen setzt. Bei aseptischem Operationsfeld kann man sie vernähen, andererseits soll man die Hautwunde und die Speiseröhre offen behandeln, stets aber Drainage mit einem Gazestreifen anwenden. Auch bei Fistelbildung tritt in 30—40 Tagen meist Heilung ein. Kräftige Erwachsene kann man nach der Operation einige Tage ausschließlich durch den Mastdarm ernähren, schwächliche Personen und Kinder durch den Mund, event. unter Anwendung der Magensonde. Aus der Weltliteratur konnten Verff. 326 Fälle von cervicaler Ösophagotomie zusammenstellen, von denen 69 tödlich geendet haben. Die größte Sterblichkeit weisen die alten Leute auf, dann die Kinder. Sie ist um so größer, je später operiert wird. Zum Schluß ist noch erwähnt, wie ungeheuer häufig verschluckte Gebisse aus der Speiseröhre extrahiert werden müssen. Abhilfe dagegen ist neben Vorsicht von seiten des Trägers eines solchen Gebisses nur durch Verbesserung der Technik zu erwarten. Die Ösophagoskopie als Hilfsmittel für die Fremdkörperextraktion ist am Ende der Arbeit nur nebenher erwähnt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

6) **H. W. Berg.** Chronic postdiphteritic laryngeal stenosis as a cause of persistent intubation of the larynx.

(New York med. record 1903. August 1.)

B. hat über die Intubation reichliche Erfahrungen an dem großen Material des Willard-Parker-Hospitals (Neuyork) gesammelt.

Es wurden daselbst 1901: 214 mit 66 Heilungen; 1902: 258 mit 114 und im ersten Quartal 1903: 106 Pat. mit 41 Heilungen intubiert, also 38% Heilung, ein guter Erfolg bei der meist trostlosen Verfassung, in der die Kinder hineingebracht wurden, dazu noch manche, nachdem sie außerhalb intubiert worden waren und erst bei schlechtem Verlauf überwiesen wurden.

Während früher im allgemeinen 7 Tage für die Periode der akuten diphtherischen oder entzündlichen Stenose gerechnet werden konnten und eine kurze Verlängerung dieser Intubationszeit schon gewisse, wenn auch vorübergehende Störungen nach der Entfernung der Tube erkennen ließen, haben sich die Bedingungen seit der Antitoxinära viel günstiger gestaltet: die Tuben bleiben im Durchschnitt nur 4 Tage liegen.

B. hat nun seine Aufmerksamkeit besonders auf die Fälle von chronischen Stenosen mit Dauerintubation gerichtet. Er schließt dabei etwaige einfache Intubationen auf Grund längeren Bestehens des ursprünglichen Krankheitszustandes von seiner Betrachtung aus und behandelt das Intubationstrauma und den Decubitus, sowie die temporäre und dauernde Parese der Stimmbänder.

14 derartige Fälle konnte B. beobachten von $2^1/_2$ bis zu 18 Monaten Dauer der Intubationszeit. Die Vermehrung dieser chronischen Fälle hat auch Bokai (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII) festgestellt.

Des weiteren werden die pathologischen Verhältnisse differentialdiagnostisch erörtert, die Original O'Dwyer'sche Tube als den meisten Verbesserungen überlegen dargestellt und die Prophylaxe im wesentlichen in der Wahl der richtigen Tube und sorgfältigen Technik gegeben.

In dem Willard-Parker-Hospital wird im allgemeinen alle 3 bis 4 Wochen bei narbiger Stenose die Tube gewechselt nach vorheriger Injektion von 4 mg Morphium.

Die Fälle von Stimmbandparese ohne Narbenstriktur (Drucklähmung der Recurrens) werden mit etwas größeren Tuben behandelt als dem Alter des Pat. entsprechen würde oder mit besonderen Röhrchen, die eine vergrößerte »Retentionsnute« haben.

Von den 14 Pat. starben 5; 7 wurden geheilt und 2 sind noch in Behandlung.

Loewenhardt (Breslau).

---

7) **Musiel.** Über die Behandlung chronischer Empyeme.

Inaug.-Diss., Breslau, 1903.

Nach einer übersichtlichen Darstellung der modernen Behandlungsmethoden des chronischen Empyems erläutert M. an der Hand von 17 Krankengeschichten die Leitsätze, die in der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik bei der Empyembehandlung befolgt werden. Bei Kindern, deren Brustkorb noch nachgiebig ist, kommt man meistens mit Ausspülungen der Empyemhöhle mit Kochsalz- oder Wasserstoffsuperoxydlösung und Einspritzung von Karbolglyzerin, letztere unter geringem Druck, aus. Bei Erwachsenen wird zunächst das Perthes'sche Verfahren angewendet, sofern keine Lungenfistel besteht; der Erfolg der Perthes'schen Aspiration wird von Zeit zu Zeit durch Messung der Flüssigkeit, die die Empyemhöhle faßt, kontrolliert. Wenn das Verfahren versagt, bezw. eine weitere Verkleinerung der Empyemhöhle mit demselben nicht mehr zu erzielen

ist, wird die Schede'sche Thorakoplastik ausgeführt, die unter Umständen je nach dem Zustande der Lungen mit der Delorme'schen Entrindung kombiniert wird. Bei Phthisikern wird ein radikales Verfahren nicht für angezeigt gehalten. **Deutschländer** (Hamburg).

---

8) **L. Baldasseri** und **A. Gardini** (Ferrara). Über Knochenneubildung nach der Rippenresektion. Experimentelle Versuche.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 3.)

Die Versuche bezweckten, festzustellen, mit welchen Substanzen nach der Rippenresektion die rascheste und vollständigste Regeneration zu erzielen sei, und ergaben, daß das geeignetste Material in entsprechenden, durch Kochen sterilisierten Rippenstücken vom Hund gegeben ist. Diese haben Gestalt und Umfang der resezierten Rippen, enthalten die für die Regeneration nötigen Kalksalze, sind leicht sterilisierbar, passen sich besser an und halten ihre Lage besser inne, als kalzinierte Knochen. In den betreffenden Fällen von Einpflanzung jener war die Kontinuität vollständig hergestellt und der Knochen an dieser Stelle deutlich und unregelmäßig verdickt, während nach der Einpflanzung kalzinierten Knochens die durch die subperiostale Rippenresektion entstandene Lücke nicht ganz ausgefüllt, nur durch das teilweise eingekapselte Knochenstück und ganz spärliche Knochenneubildung verkleinert war.

Kramer (Glogau).

---

9) **H. Hartmann.** Organes génito-urinaires de l'homme.

(Traité de médecine operatoire et de thérapeutique chirurgicale.)

Paris, **G. Steinheil,** 1904. 432 S. 412 Figuren.

Im ersten allgemeinen Teile werden urologische Asepsis, Antisepsis, Katheterismus, Blasenspülungen usw., Urethroskopie, Cystoskopie und Harnleiterkatheterismus besprochen.

Die drei letztgenannten Untersuchungsmethoden, sind im Verhältnis zu dem sonstigen Umfang des Werkes wenig eingehend berücksichtigt, speziell bei der Urethroskopie sind die deutschen Autoren völlig ignoriert.

Der zweite Teil behandelt die Therapie der Harnröhren-, Blasen- und Prostataerkrankungen.

Die verschiedenen Operationen sind ausführlich geschildert und durch viele gute Illustrationen veranschaulicht, das eigentlich Wertvolle aber, die Beurteilung und Indikationsstellung der einzelnen Eingriffe nach den Erfahrungen des Autors, sowie statistische Mitteilungen, ist ziemlich dürftig ausgefallen; das persönliche Element, das vor allem Interesse erweckt, tritt recht zurück.

Der dritte Teil schildert die Therapie der Nierenbecken- und Harnleitererkrankungen in der gleichen Weise.

Einen überaus ungünstigen Eindruck macht hier die Behandlung des wichtigen Kapitels der funktionellen Nierendiagnostik. Die Kryoskopie des Harns, des Blutes und die Phloridzinmethode (die Achard zugeschrieben wird, Casper und Richter sowie Koranyi werden überhaupt nicht genannt) werden zusammen auf einer halben Seite abgetan. Die Kryoskopie des Harns wird mit folgendem Satze erledigt: »Man hat auch die Kryoskopie der Urine vorgenommen (was Kryoskopie ist, wird dem Leser gar nicht mitgeteilt) und kann sich ihrer bedienen, um den funktionellen Wert der Nieren festzustellen, indem man die Zahl der Moleküle nachweist, die sie verarbeiten.« Gegen eine so oberflächliche Behandlung eines so wichtigen Kapitels muß entschieden Protest eingelegt werden.

Im vierten und fünften Teile werden die chirurgischen Genitalerkrankungen und die Mißbildungen besprochen.

Im ganzen gewährt das Buch wieder einen Einblick darein, wie große Unterschiede zwischen der deutschen und der französischen Urologie bestehen, und wie wenig die in Deutschland ausgebildeten und anerkannten Untersuchungsmethoden bisher in Frankreich Eingang gefunden haben.

Willi Hirt (Breslau).

---

10) **Maragliano.** Sulla presenza del bacillo tubercolare nelle urine.

(Gaz. degli ospedali e delle clin. 1904. Nr. 7.)

Bei 12 Fällen von Lungentuberkulose hat M. große Urinmengen zentrifugiert und auf Tuberkelbazillen untersucht, ohne solche jemals zu finden. Auch durch Verimpfung des Sedimentes auf Meerschweinchen gelang es niemals, eine Tuberkulose zu erzeugen. Ebensowenig gelang der Nachweis von Tuberkelbazillen dadurch, daß der Urin mit Ochsenblutserum versetzt, letzteres bei 100° koaguliert und dann filtriert wurde, um das Filtrat im Brutschrank bei 37° 8 Stunden mit Pepsin und Salzsäure nach der Methode von Jousset zu verdauen. Auch diese Flüssigkeit zeigte bei einer Gesamtzahl von 17 Untersuchten, die frei von Urogenitaltuberkulose waren, niemals Tuberkelbazillen im Sediment. Es ist also eine seltene Ausnahme, daß sich bei Lungentuberkulose, aber gesundem Urogenitalapparat Tuberkelbazillen im Harn finden.

Dreyer (Köln).

---

11) **A. Freudenberg.** Über Kampfersäure als prophylaktisches Mittel gegen Katheterfieber.

(Berliner klin.-therapeutische Wochenschrift 1904. Nr. 1.)

Der Gebrauch von Kampfersäure (3mal täglich 1 g in Caps. gelat.) einige Tage vorher und längere Zeit nachher hat sich am besten zur Bekämpfung des Fiebers bei der Bottini'schen Operation, aber auch bei sonstigen instrumentellen Eingriffen an den Harnorganen bewährt.

Willi Hirt (Breslau).

---

12) **E. Kögl.** Über die Verwertung des Stypticin in der urologischen Praxis.

(Monatsberichte für Urologie Bd. IX. Hft. 2.)

Empfehlung des Stypticins bei Hämaturie. Verf. hat Erfahrungen über die Wirkung des Mittels bei Blutung infolge Prostatahypertrophie, Blasenpapillom, Cystopyelitis, Urethritis acuta posterior, Trauma der Urethra. Das Stypticin wird innerlich als Merck'sche Tablette 4—6 Stück täglich gegeben, auch zur Blasenspülung in 5—10%iger Lösung, sowie zur Anfertigung von Gelatinestäbchen mit 0,03—0,04 Stypticingehalt verwendet. **Willi Hirt** (Breslau).

---

13) **A. Freudenberg.** Die Behandlung der ammoniakalischen Cystitis mit intravesikalen Jodoforminjektionen.

(Deutsche med. Presse 1903. Nr. 21.)

3 ccm einer 10%igen Jodoform-Glyzerinlösung werden in der Spritze mit 30—40 ccm einer reizlosen Flüssigkeit (Borlösung) unter leichtem Schütteln gemischt, in die vorher gereinigte Blase eingespritzt und darin gelassen. Alle 2 Tage eine Injektion.

Bei unkomplizierter ammoniakalischer Cystitis tritt nach wenigen Injektionen saure Reaktion des Urins auf. **Willi Hirt** (Breslau).

---

14) **W. P. Herrick.** Prostatic hypertrophy and its radical cure.

(New York med. record 1903. August 15.)

In klaren Leitsätzen behandelt H. die chirurgische Anatomie der Prostata und den Charakter der Hypertrophie.

Mit Recht macht Verf. darauf aufmerksam, daß es für die Behandlung immer noch maßgebend sein müsse, die Hypertrophie nicht als Lokalerkrankung allein zu betrachten, sondern die palliativen gegen die radikalen Maßnahmen nach dem Allgemeinbefinden der bejahrten Pat. abzuwiegen.

Die Durchschnittsdauer eines Katheterlebens betrage 2—6 Jahre, wenn man von ganz besonderen Ausnahmen absehe.

Bottini's Operation mit der unvollkommenen Drainage verliere rapide ihre Anhänger. Die perineale Drainage wird jetzt eine prinzipielle Maßnahme, und die perineale Prostatektomie ist in geeigneten Fällen die Methode der Wahl. **Loewenhardt** (Breslau).

---

15) **Moynihan.** On removal, after suprapubic cystotomy, of the prostate and of the prostatic urethra for senile enlargement of the prostate.

(Annals of surgery 1904. Januar.)

Die suprapubische Enukleation der Vorsteherdrüse, welche M. in 12 Fällen 11mal mit glücklichem Erfolge bei Pat. von 56 bis

73 Jahren ausführte, wird folgendermaßen beschrieben. Anfüllen der Blase mit 1%iger Karbollösung, suprapubische Eröffnung der Blase und Annähen der Ränder der eröffneten Blase mit je einem Silkwormfaden an die hintere Fläche der Bauchwand. Nach 3 Tagen ist die Blase hier fest angewachsen und können die Silkwormfäden wieder entfernt werden. Unter Führung des linken Zeigefingers wird jetzt die Schleimhaut des Trigonums unmittelbar hinter dem Meatus internus in geringer Ausdehnung gespalten; durch diesen Spalt dringt der linke Zeigefinger ein und streift stumpf, während die rechte, mit einem Gummihandschuh versehene, in den Mastdarm eingeführte Hand ihm die Prostata entgegendrückt, rings herum die Schleimhaut von der Drüse ab; dann wird stumpf der vordere Teil der prostatischen Harnröhre an der Vereinigung mit dem membranösen Teil abgedreht. Jetzt läßt sich mit einer kleinen Zange die Vorsteherdrüse mit dem urethralen Stumpfe leicht aus der Blase herausholen. In die Blase wird von oben ein Drainrohr und von vorn durch den Penis ein Katheter eingeführt. Die Bauch- und Blasenwunde wird durch Nähte etwas verkleinert. Tägliche Ausspülung der Blase. Das Drainrohr wird nach 48 Stunden entfernt. Nach 4 Wochen tritt zum erstenmal gewöhnlich spontane Urinentleerung auf natürlichem Wege ein. Alte und dekrepide Leute läßt M. sehr bald aufstehen. **Herhold** (Altona).

---

16) **H. Strauss.** Bedeutung der Kryoskopie für die Diagnose und Therapie von Nierenerkrankungen.

(Moderne ärztliche Bibliothek Hft. 4 u. 5.)

Verf. kommt in diagnostischer Beziehung zu folgenden Ergebnissen:

1) Die Kryoskopie des Harns besitzt sowohl für doppelseitige als für einseitige Nierenerkrankungen nur dann einen Wert, wenn
   a. die Urinmenge multipliziert mit dem Wert Δ (= Valenzwert),
   b. die der Untersuchung vorausgegangene Ernährung (insbesondere Flüssigkeitszufuhr) berücksichtigt wird.

2) Die Kenntnis der erhaltenen Werte berechtigt zunächst nur zu einem Urteil über das temporäre Verhalten der nephrogenen Ausscheidungen.

3) Die Kryoskopie des Blutserums besitzt sowohl für doppelseitige als für einseitige Nierenerkrankungen nur dann einen Wert, wenn
   a. alle Möglichkeiten einer extrarenalen Beeinflussung des erhaltenen Wertes,
   b. das klinische Gesamtbild des konkreten Falles berücksichtigt wird.

4) Die Benutzung der Kryoskopie macht kaum eine der bisherigen Untersuchungsmethoden überflüssig und vermag keineswegs

in allen Fällen das durch dieselben gewonnene Urteil über Diagnose und Prognose erweitern.

Die Ausführungen bezüglich der Therapie müssen im Original nachgelesen werden. **Willi Hirt** (Breslau).

17) **Nicolich.** Un procédé très simple pour obtenir dans quelques cas la séparation de l'urine des deux reins.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1904. Bd. XXII. Nr. 2.)

In den Fällen, in denen der Harnleiterkatheterismus nicht angewendet werden kann, empfiehlt Verf. folgendes einfache, bereits von Giordano 1898 beschriebene Verfahren, um den Harn beider Nieren gesondert zu erhalten. Nachdem der Kranke einige Stunden ruhig gelegen hat, wird die Blase ausgewaschen und vollkommen entleert. Dann wird eine lumbo-abdominale Massage der einen Niere vorgenommen und der dadurch in die Blase gelangte Urin gesammelt; dann wird die Blase wiederum ausgewaschen und die andere Niere massiert. Man erhält dann den Urin von dieser Niere. Verf. teilt drei Fälle mit, in denen er dieses einfache Verfahren mit Erfolg angewendet hat. **Paul Wagner** (Leipzig).

18) **J. Albarran.** Recherches sur le fonctionnement normal comparé des deux reins.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1904. Bd. XXII. Nr. 2.)

Verf. hat vergleichende Untersuchungen über die Funktion beider Nieren im physiologischen Zustande an 11 Hunden und 19 Menschen (18 w., 1 m.) angestellt. Die Ergebnisse waren folgende: Wenn man den Urin beider Nieren während $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde sammelt, ergeben sich in mehr als der Hälfte der Fälle Quantitätsschwankungen von 10—31 %. Die Schwankungen sind ausgesprochener, wenn die abgesonderte Urinmenge weniger als 15—20 ccm beträgt. Sammelt man den Urin beider Nieren $^3/_4$ resp. 1 ganze Stunde lang, so ergeben sich noch immer Schwankungen von 15 resp. 10 %. Bei einer künstlich hervorgerufenen Polyurie schwächen sich die Unterschiede ab. Was den Gehalt des Urins an Harnstoff anbelangt, so gleichen sich die Unterschiede zwischen beiden Nieren um so mehr aus, je länger die Untersuchungszeit beträgt. Dasselbe gilt von dem Gehalte des Urins an Chlornatrium und Phosphorsalzen; doch sind bei letzteren die Unterschiede überhaupt weniger ausgesprochen. Auch vom anatomischen Gesichtspunkt aus ergeben beide Nieren größere Unterschiede. Verf. hat an 12 menschlichen Leichen die beiden Nieren gewogen und gewöhnlich Gewichtsunterschiede von 15—20 g gefunden; die linke Niere wog stets schwerer. Verf. schließt seine interessanten Untersuchungen mit dem Satze, daß sowohl vom anatomischen und physiologischen, wie auch vom pathologischen Standpunkt aus die rechte und die linke Niere gleichartige, aber nicht symmetrische Organe sind.

Paul Wagner (Leipzig).



19) **Franz** (Halle a. S.). Zur Chirurgie des Ureters.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. L. Hft. 3.)

F. bringt in seinem sehr lesenswerten Aufsatz die Erfahrungen, welche er an der Hallenser Frauenklinik über die Heilung von frischen Harnleiterverletzungen und von Harnleiterfisteln sammelte. Von den zur Wahl stehenden Verfahren strebt er nur die Einpflanzung des durchtrennten Harnleiters in die Blase an; die Unterbindung des renalen Harnleiterendes mit Einpflanzung des letzteren in die Operationswunde wird auch in Fällen, in denen die Ureterocystostomie primär nicht möglich ist, die Nephrektomie aufschieben oder entbehrlich machen. Die Ureterorrhaphie ist als irrationell gänzlich zu meiden. F. berichtet über 5 geheilte Fälle frischer Harnleiterdurchtrennung, von denen 3 bei intraligamentären Geschwülsten, 2 bei der abdominalen Krebsoperation sich ereigneten, ferner über eine sekundäre Harnleiterfistel nach operativer Beseitigung eines Cervixkrebses. Auch bei der sechsten Harnleitereinpflanzung heilte der Harnleiter lokal in die Blase ein, die Frau starb aber an einer durch die Sektion ätiologisch nicht aufgeklärten Lungengangrän.

F. studierte die Heilungsbedingungen der Harnleiter-Blasenplastik an Hunden und empfiehlt, das Harnleiterende mit einem Seitenzügel an die Blasenwand zu fixieren; nur soll dieser Fixationsfaden nicht in das Innere der Blase ragen; er wird am Harnleiter zwar die ganze Wand fassen, an der Blase aber vom Wundrand aus submukös geführt, und durchsetzt auf diese Weise blasenwärts nur rückläufig Muskularis und Serosa. Hierdurch fällt die Ursache der intravesikalen Steinbildung durch Inkrustation des Fadens fort und ebenso auch der von Stoeckel beobachtete Mündungspilz des tief eingepflanzten Harnleiters in der Blase. F. lagert ferner die Blase nach Witzel divertikelartig dem Harnleiter entgegen und vermeidet alle zur Harnröhre hinauszuleitenden Fadenzügel, da letztere nicht aseptisch gehalten werden können. Im übrigen ist der Dauerkatheter zur Blasenentlastung bei allen solchen Plastiken unerläßlich. Endlich tritt F. warm für die Forderung Stoeckel's ein, welcher die Cystoskopie und Harnleitersondierung als unentbehrliches Hilfsmittel nicht nur für den Urologen, sondern auch für den Chirurgen und Gynäkologen erklärt. Für unsere Frage ist sie bei der Diagnose und Nachbehandlung unentbehrlich. **Kroemer** (Gießen).

---

20) **L. Hoche.** Les lesions du rein et des capsules surrénales.

Paris, **Masson & Cie.**, 1904. 322 S.

Das durch ein Vorwort von V. Cornil eingeleitete Werk gibt an der Hand von 81 photographischen Tafeln und 87 mikrophotographischen Textabbildungen eine gedrängte, aber außerordentlich klare Darstellung der pathologisch-anatomischen Veränderungen bei den Erkrankungen der Nieren und der Nierenkapseln. Die ganz vor-

züglichen Abbildungen sind getreu wiedergegeben nach Präparaten, die Verf. unter Mithilfe von P. Briquel bei den Sektionen in den Hospitälern von Nancy gesammelt hat.

Verf. gibt zunächst einen kurzen makroskopischen und mikroskopischen Überblick über die normale Niere; dann werden nacheinander beschrieben die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei den Kontusionen und Wunden der Niere; bei den Kongestionen der Niere; bei den akuten und chronischen Nephritiden; bei den Cysten der Niere; bei der Fett- und Amyloidentartung der Niere; bei den Nierenembolien, den eitrigen Nierenentzündungen, der Nierentuberkulose und Nierensyphilis, den Parasiten der Nieren, den verschiedenen Formen der Nierenretentionen, den Verletzungen und Erkrankungen der Nierenkapseln; bei den Geschwülsten der Niere, des Nierenbeckens und des Ureters, sowie endlich bei den paranephritischen Geschwülsten. Die äußere Ausstattung des Buches ist über alles Lob erhaben; der Preis verhältnismäßig gering.

Paul Wagner (Leipzig).

---

21) **Harris.** The influence of trauma in the production of movable kidney.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. Februar 13.)

Verf. tritt zunächst den älteren Ansichten, daß starke Erschlaffung der Bauchdecken oder schnell eintretender Schwund des perirenalen Fettes Wanderniere erzeugen, entgegen, bestätigt dagegen die Ansicht von Wolkow und Delitzin, daß die normalerweise birnförmige Gestalt der Nierennischen bei Wandernierenkranken mehr zylindrisch ist. Er selbst fand, übereinstimmend mit Becker und Lenhoff, daß Individuen mit stark eingezogener Taille eher zu Wanderniere neigen als andere. Er hat bei jedem Falle von Wanderniere diese Tailleneinengung finden können und geht so weit zu behaupten, daß jeder Mensch mit eingezogener Taille eine Wanderniere habe. Durch die Einengung der Körpermitte werden alle Organe nach unten gepreßt. Während nun beim normal Gebauten der größere Teil der Niere oberhalb einer Ebene, die durch die vorderen Enden der 10., 11. und 12. Rippe quer durch die Bauchhöhle gelegt ist, liegt, sinkt sie durch jene Verschiebung mit ihrer größeren Hälfte unter dieselbe. Bei Bücken und ähnlichen Bewegungen wird die Gegend, durch welche vorerwähnte Ebene gelegt ist, stark eingeengt und nun die Niere, die bei gut Gebauten dann eher nach oben in ihre Nische gedrängt wird, bei Absinken der größeren Hälfte unter die Ebene, immer weiter nach unten verlagert. Durch diese ganz allmählich stattfindende Verlagerung ziehen sich alle mit der Niere in Verbindung stehenden Bänder, Blutgefäße usw. in die Länge, so daß sie schließlich sehr beweglich wird und wie in einem Sack in dem mitgedehnten, vorliegenden Bauchfell liegt. Diese Verhältnisse fand H. bei allen Wandernierenoperationen, die er grundsätzlich transperitoneal macht. Er läugnet, daß durch ein einmaliges Trauma eine

echte Wanderniere zustande kommen kann. Wohl kann eine Verlagerung stattfinden, diese ist dann aber immer mit Zerreißungen verbunden. Besondere Erfahrungen hat Verf. als Bahnarzt in bezug auf Eisenbahnunfälle, von denen er 1300 Fälle, darunter 41 Frauen mit Wanderniere, die im Zusammenhang mit Unfällen stehen sollte, begutachtete. In keinem Falle ließ sich die Wanderniere auf einen solchen zurückführen, wohl aber lag bei allen Frauen der von ihm für Wanderniere als prädisponierend angesehene Bau vor.

Trapp (Bückeburg).

---

22) **Salus.** Tierversuch und Nierentuberkulose nebst einem Beitrag zur Kenntnis des Harnes Tuberkulöser.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 50.)

Da mikroskopische Untersuchungen, Differentialfärbungen und auch das Kulturverfahren oft im Stiche lassen, redet Verf. dem Tierversuch das Wort als einem wertvollen Glied in der Kette der zur sicheren Diagnose der Nierentuberkulose zu verwendenden Hilfsmittel. Sicherer als die intraperitoneale Impfung ist die subkutane, weil sie anatomisch deutlich den Weg zeigt, welchen die Infektion genommen hat und das Alter der einzelnen Herde. Ganz ausnahmslos zeigten die Tiere eine Schwellung und Verkäsung der inguinalen Lymphdrüsen, fast immer war es zur Verkäsung von retroperitonealen Drüsen, zur Schwellung mesenterialer Drüsen und zur Bildung von nicht verkästen Herden in Milz und Leber, event. Lunge am natürlichen Ende gekommen, wenn die Tiere mit infektiösem Material subkutan in der Leistengegend geimpft waren.

Das Resultat der Harnuntersuchungen bei Tuberkulösen war, daß auch im Harne die Zeichen der Nierenläsion, besonders der Läsion der Glomeruli oft genug vorhanden waren, weshalb man die Bedeutung der Blutschatten für die Diagnose der tuberkulösen Lokalerkrankung der Niere nicht zu hoch anschlagen darf. Daß aus der Blutbahn oder dem kranken Gewebe Bazillen in den Harn ohne Nierentuberkulose übertreten können, wenigstens in den fortgeschrittenen Fällen, wird durch die Untersuchungen des Verf. der Möglichkeit näher gerückt.

Langemak (Erfurt).

---

23) **V. Schmieden.** Erfolgreiche, experimentelle Verlagerung von Nebennierengewebe, ein Beitrag zur Lehre von den Strumae suprarenales aberratae.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX. p. 453.)

In der aus der Bonner Klinik hervorgegangenen Arbeit wird über an Kaninchen angestellte Experimente berichtet, deren Plan es war, die in der Niere so häufig kongenital vorkommenden versprengten Nebennierenkeime künstlich herzustellen. Die Lösung dieser Aufgabe ist sehr gut gelungen. Die Operationen geschahen mittels Bauchschnittes, und wurden von dem beim Kaninchen wegen

regelmäßig vorhandener Verwachsungen mit den ernsten Gefäßen nur schwer entfernbaren Nebennieren nicht die ganzen Organe, sondern Teilchen derselben in kleinen Nierenwunden versenkt und vernäht, damit das Parenchym beider Organe direkt in Berührung gesetzt war (genauere Technik s. Original). Einige Einpflanzungen erfolgten auch in die Bauchhöhle und in die Bauchmuskulatur. Bald (in der Mehrzahl der Fälle) stammte das eingepflanzte Nebennierenstück von demselben Tiere, bei dem die Einpflanzung statthatte, bald auch von anderen Tieren, wobei auch einige Male das Nebennierenstückchen aus dem Uterus entnommenen Embryonen entnommen ist. Die mit den Implantationen beschickten Nieren sind dann in verschiedenen Zeiten nach der Operation genau anatomisch bezw. histologisch untersucht. Die Einzelheiten des mikroskopischen Befundes siehe im Originale, desgleichen sechs Figuren. Hier genüge zu bemerken, daß im mikroskopischen Präparat unzweideutig das charakteristische in die Niere gepflanzte und hier weiter durch Vaskularisierung ernährte Nebennierengewebe wieder gefunden wird. Dasselbe unterliegt aber regelmäßig eintretenden Veränderungen. Mit der 3. bis 4. Woche treten in ihm Riesenzellen auf, deren Entwicklungshöhepunkt gegen Ende des 2. Monates zu konstatieren ist, die aber nach 6 bis 9 Monaten ganz fehlen. Vielleicht handelt es sich hier um einen progressiven Vorgang zwecks Ersatz für zugrundegegangene Zellen. Auch erfährt das ganze überpflanzte Gewebe eine tiefgreifende Veränderung bezw. »Entdifferenzierung« der Art, daß es eine auffallende Ähnlichkeit mit gewissen Nierengeschwülsten, mit den echten Strumae suprarenales Grawitz gewinnt. (Bildung großer, heller, glasiger Zellen mit sich in Hämatoxylin fast gar nicht färbendem Protoplasma.) Die längste Lebensdauer dieser überpflanzten Nebennierenstückchen scheint ca. ein Jahr zu betragen. Schließlich gehen sie durch Bindegewebsentwicklung, welches die Parenchymzellen vernichtet, ähnlich wie bei Lebercirrhose, zugrunde.

Im Eingange der Arbeit findet sich eine interessante Besprechung über Gewebstransplantationen im allgemeinen, sowie über die Physiologie der Nebenniere; an ihrem Schluß ein 90 Nummern zählendes Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

24) **O. Küstner.** Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie, bearbeitet von E. Bumm, C. Gebhard, A. Döderlein, A. v. Rosthorn und K. Zweite neuüberarbeitete Auflage.

Jena, **Gustav Fischer,** 1904. XII und 510 S. Mit 1 Tafel und 298 teils farb. Abild. im Text.

Die günstige Prognose, welche wir dem K.'schen Lehrbuch in diesem Blatte (1901 p. 946) stellten, ist vollauf eingetroffen. Nach kaum dreijähriger Frist ist eine neue Auflage nötig geworden, die sich in vielen Beziehungen als verbesserte darstellt. So sind vor allem

die Bilder künstlerisch verschönt worden, alle weniger gute Abbildungen sind ganz verschwunden. Der Umfang des Werkes hat um 45 Seiten Text und um 38 Abbildungen nebst einer Tafel zugenommen, alles in allem sind aber 80 neue Bilder aufgenommen worden. Die Umarbeitung betrifft vor allem die Retroflexio, den Prolaps, die Extra-uterin-Schwangerschaft, das Uteruskarzinom und die Peritonitis.

Die Ausstattung des Werkes steht durchaus auf der Höhe moderner Technik; Abbildungen, Druck und Papier entsprechen allen Anforderungen, die wir heute an solche Werke zu stellen uns gewöhnt haben. Wir können auch heute jedem Studierenden die Anschaffung des K.'schen Lehrbuches empfehlen. **Jaffé** (Hamburg).

---

25) **Winter** (Königsberg). Die wissenschaftlichen Grundlagen der konservativen Myomoperation.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LI. Hft. 1.)

Die Tatsache, daß die konservativen Operationsmethoden immer mehr Boden gewinnen, war für W. zwingende Veranlassung, streng wissenschaftliche Grundlagen für eine rationelle Indikationsstellung zu schaffen. Der Operateur soll nicht — je nach dem persönlichen Geschmack — das eine oder das andere Verfahren üben, nur um dem Prinzip zu huldigen, sondern eine rationelle Fragestellung der Operation vorausschicken. Vor der konservationen Operation muß er sich z. B. fragen:

1) Welche Vorteile bringt die Erhaltung des Uterus der Patientin?

2) Wird die konservative Methode die Beschwerden sicher beseitigen?

3) Welche Methode gibt bessere primäre Resultate?

Die Erfahrungen aller bekannten Operateure und das große Material W.'s werden zur Klärung herangezogen und in der dem Verf. eigentümlichen klaren Sachlichkeit und Kürze dem Leser vorgeführt, so daß derselbe selbst zum zwingenden Schluß kommen muß.

Die konservative Operation ist gefährlicher als die radikalen Methoden, sowohl bei dem vaginalen, wie bei dem abdominalen Operieren. Die Zahlenverhältnisse durch Gegenüberstellung der primären Sterblichkeit ergeben sich = 5,0 : 2,6, resp. wie 9,8 : 4,8 (bei abdominaler Operation). Also ist die primäre Mortalität bei dem konservativen Verfahren gerade noch einmal so groß, als bei dem technisch einfacheren Radikalverfahren.

Der Nutzen, welchen die konservative Operation gewährt: »Erhaltung der Menstruation und Konzeptionsfähigkeit« — kommt nur für die beschränkte Zahl der Myomkranken unter 40 Jahren in Frage, und auch von diesen wiederum haben nur wenige den erhofften Nutzen davon. (Meist kommt es zum Abort oder wie Ref. sich überzeugen konnte, zu Placenta praevia oder Insertio velamentosa.) Trotz der Gefahren, welche Mutter und Kind bedrohen, muß

man zugeben, daß ein wenn auch kleiner Prozentsatz austragen kann. Ferner werden die bei ca. 12% aller radikal Operierten sich zeigenden Ausfallserscheinungen bei der konservativen Methode wegfallen. Dagegen muß man sich aber vor Augen halten, daß die konservativ Operierten häufig weder von den Beschwerden geheilt, noch dauernd vor Rezidiven sicher sind.

Für das konservative Operieren (Abdrehen, Resektion, Enukleation, Evidément) geeignet sind die isolierten subserös gestielten Myome und die in der Geburt begriffenen submukösen Knollen, falls der Uterus sonst frei von Keimen ist.

Unbedingt radikal zu operieren sind Sarkomyome und Kombinationsgeschwülste (Myom und Karzinom). Für alle breitbasigen, vielkernigen, interstitiellen Myome wird im allgemeinen die Radikaloperation rationell sein.

Die konservative Methode ist bei Frauen unter 40 Jahren — Gebärmöglichkeit vorausgesetzt — nur dann am Platze, wenn die Pat. weitere Nachkommenschaft um jeden Preis wünscht oder endlich so großen Wert auf Erhaltung der Menses legt, daß sie alle Gefahren mit in Kauf nehmen will. In solchen Fällen soll also nicht das Prinzip des Operateurs entscheiden, sondern der freie Wille der Pat., welcher der Operateur zuvor ohne Vorurteil die Sachlage klarzulegen hat. **Kroemer** (Gießen).

Kleinere Mitteilungen.

26) **Schmidt.** Schußverletzungen der Wirbelsäule.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1904. Hft. 2.)

S. gibt acht kurze Krankengeschichten von Schußverletzungen der Wirbelsäule wieder, welche er während des Transvaalkrieges beobachtete. Bei allen Verwundeten bestanden Lähmungen der Extremitäten, der Blase und des Mastdarmes; fünf gingen zugrunde, über das endgültige Schicksal der drei übrigen konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

Verf. empfiehlt ein frühzeitiges chirurgisches Eingreifen bei derartigen Verletzungen. Nach ihm ist die Indikation zum Eingriffe gegeben, wenn unter Benutzung des Röntgenbildes mit annähernder Gewißheit angenommen werden kann, daß es sich um mehr als eine bloße Commotio medullae spinalis handelt.

Herhold (Altona).

27) **A. B. Arapow.** Über Spondylitis typhosa.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

A. berichtet über zwei Fälle der Krankheit, die beide ca. einen Monat nach Ausbruch des Typhus manifest wurden. Es handelte sich um einen 26jährigen Bauer und ein 15jähriges Mädchen, die beide eine stark positive Widal-Reaktion gaben. Beide Fälle betrafen die Lendenwirbelsäule. Im ersten Falle bestand vorübergehend Blasenlähmung. Der Bauer konnte nach einem Monat entlassen werden. Er wurde mit Bettruhe auf einem Wasserkissen behandelt. Das Mädchen wurde gestreckt und in ein festes Gipskorsett gelegt, das nach 3 Wochen gegen ein abnehmbares eingetauscht wurde. Entlassung nach $3^1/_2$ Monaten.

V. E. Mertens (Breslau).

28) Borchard. Die Verbiegung der Wirbelsäule bei der Syringomyelie.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 4.)

Die Skoliose wird seit den Untersuchungen Bernhardt's als eines der charakteristischen Merkmale der Syringomyelie angesehen. B. fand sie unter 18 eigenen Beobachtungen nicht weniger als 17mal. Diese Verbiegung der Wirbelsäule ist ein Ausdruck für die Erkrankung resp. Atrophie oder Rarefikation des Wirbelkörpers; meist handelt es sich um eine Kombination von Skoliose und Kyphose. Der Sitz betrifft fast immer die oberen Brust- und die untersten Halswirbel. Die von anderen Autoren oft beobachtete hochgradige Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule konnte B. nur einmal finden. Veränderungen gröberer Natur ließen sich durch Röntgenaufnahmen weder an den Wirbelknochen noch -gelenken nachweisen. Fast in allen Fällen aber bestanden zugleich Veränderungen in anderen Gelenken des Körpers. **Haeckel** (Stettin).

29) E. A. Heyking. Über die primäre akute Osteomyelitis des Kreuzbeines.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

H. hält diesen Fall, den er im Jahre 1892 behandelte, für den ersten mit günstigem Ausgang.

Ein 14jähriger Knabe schlug im Fallen mit dem Kreuzbein auf einen Stein. Am 3. Tage hatte er Fieber, Schüttelfrost. Er wurde für typhuskrank erklärt, und erst am 5. Tage wurde vom Verf. die Diagnose gestellt.

Das ununterbrochen schreiende Kind lag auf dem Rücken und Versuche, es auf die Seite zu wenden, vermehrten die Schmerzen. Das rechte Bein wurde in der Hüfte gebeugt gehalten und konnte wegen der Schmerzen nicht gestreckt werden, während vorsichtige Bewegung und Drehung gelang. Die Inspektion ergab nichts, dagegen war Druck auf das Kreuzbein, besonders rechts, und seitliches Zusammendrücken des Beckens sehr schmerzhaft. Vom Mastdarm aus war die äußerst empfindliche untere Kuppe eines Abszesses zu fühlen, der offenbar die ganze Beckenfläche des Kreuzbeines einnahm, mit seiner Hauptmasse aber etwas mehr nach rechts lag. Kein Stuhl seit 3 Tagen.

Die Eröffnung des Abszesses nahm H. durch das Foramen ischiadicum maj. vor, wobei sehr reichlich Staphylokokkus aureus-Eiter entleert wurde. An demselben Tage hatte Pat. reichlichen Stuhl. In 3 Tagen sank die Temperatur zur Norm. Unter Entleerung vieler Knochensplitterchen und eines erbsengroßen Sequesters ging die Heilung glatt vor sich, als nach 3 Wochen die Temperatur wieder stieg. H. suchte, »überflüssigerweise« am N. ischiadicus vorgehend, nach einer Retention, fand aber keine. In 4 Tagen war die Temperatur wieder normal, und 9 Wochen nach der Operation wurde Pat. geheilt entlassen.

Ungefähr 2 Monate später wurde Pat. von Weljaminow wegen Osteomyelitis des rechten Oberarmes operiert. Seitdem ist er gesund.

V. E. Mertens (Breslau).

30) R. Giani. Contributo allo studio dei teratomi sacrali.

(Clinica chirurgica 1903. Nr. 11.)

Mitteilung und genaue Beschreibung von vier einschlägigen Fällen. Bei drei von ihnen ließen sich in den Geschwülsten fötale Organanlagen erkennen, welche in Fall II als Kehlkopf, in Fall III als Pankreas- und Darmteile zu deuten waren. Fall IV stellte eine angeborene große Cyste, ohne charakteristische Merkmale in der Wandung, dar. Fall I war dadurch besonders interessant, daß er außer einer fötalen Rachenanlage eine rudimentäre Unterextremität enthielt. In seiner kurzen Epikrise zählt Verf. diese angeborenen Sakralgeschwülste den Doppelmißbildungen zu. **A. Most** (Breslau).

31) **Rodier, Capdepont et Chompret.** Le mal perforant buccal devant la société de stomatologie.

(Revue de stomatologie 1903. p. 566—593.)

Vorstellung von zwei Fällen von Mal perforant der Mundhöhle bei Tabikern.

1) 44jährige Frau. Vor einem Jahre fielen fast sämtliche Zähne des Oberkiefers spontan aus; gleichzeitig infektiöse Gingivitis und Alveolitis mit Sequesterbildung. Am Alveolarrande des Oberkiefers tiefe Einsenkung; in deren Grunde Geschwürsbildung mit fungösen schmerzlosen Granulationen, zwischen denen die Sonde in die Highmorshöhle gelangt.

2) Vor 3 Jahren bemerkte der betreffende Pat., Tabiker, daß Flüssigkeiten und der Rauch seiner Zigarre aus dem Munde in die Nase gelangten und fand an der Oberkieferalveole eine Perforation nach der Nase zu. Irgendwelche Zahnerkrankungen waren anscheinend nicht vorausgegangen. Vor einem Jahre stärkere Eiterung der Perforationsstelle, einige Monate später Entfernung eines großen Sequesters, der die Alveolen von vier Schneidezähnen umfaßte; hierdurch breite Eröffnung der Nasenhöhle. Im weiteren Verlaufe stießen sich kleinere Sequester ab, so daß schließlich drei Perforationsöffnungen vorhanden waren, eine nach der Nase, eine zweite nach dem Gaumen, eine in die Highmorshöhle hinein. Sensibilität im Bereiche der Alveolen und des Gaumens vollkommen erloschen, leichte Pyorrhoea alveolaris.

In den typischen Fällen von Mal perforant buccal findet man regelmäßig sowohl trophoneurotische wie infektiöse Veränderungen. Beide Prozesse sind bis zu einem gewissen Grade voneinander abhängig und beeinflussen sich gegenseitig Insbesondere befördert die Tabes entschieden die Neigung zu schwereren Alveolareiterungen. **Mohr** (Bielefeld).

32) **Langemak.** Zur Kenntnis der Vorgänge in den Speicheldrüsen nach Verlegung ihres Ausführungsganges.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXV. p. 299.)

Verf. hat zwei Fälle beobachtet, bei welchen infolge Verlegung des Ausführungsganges der Glandula submaxillaris durch Steine eine Bindegewebshyperplasie in der Speicheldrüse entstanden war. Im ersten Falle trat infolge der langen Dauer der Verlegung eine sehr starke Hyperplasie mit beträchtlichem Parenchymschwund auf, während im zweiten Falle nach kürzerer Verlegung des Ausführungsganges die Hyperplasie geringer war und ohne Parenchymschwund einherging. Zur Entscheidung der Frage, ob der Stein als reizender Fremdkörper oder lediglich in seiner Eigenschaft als dauerndes Hindernis des Sekretabflusses wirke, unterband er bei Hunden den Ausführungsgang. Seine diesbezüglichen Versuche ergaben, daß zunächst eine Erweiterung des Ausführungsganges sich ausbildete, gefolgt von einer Hyperplasie des gesamten Drüsenbindegewebes, welch letztere durch eine langsam entstehende venöse Hyperämie hervorgerufen wurde. Späterhin ging dann auch das Parenchym der Drüse zugrunde.

Fertig (Göttingen).

33) **T. Silvestri.** Un caso d'incontinenza notturna fecale da ipertrofia delle tonsille.

(Gaz. degli ospedali e delle clin. 1904. Nr. 4.)

Bei einem schwächlichen, 7jährigen Knaben, der ungeheure Mandeln mit nur wenige Millimeter breitem Zwischenraume besaß, bestand neben asthmatischen Beschwerden eine vollkommene Unfähigkeit des Sphincter ani, in schlechter Luft und während der Nacht den Stuhlgang zurückzuhalten. Nach der Tonsillotomie trat sofort vollständige Heilung ein. Auch die Atembeschwerden hörten auf und der Brustkorb entwickelte sich außerordentlich. Der Fall bildet ein Analogon zu der Beseitigung der Incontinentia urinae durch Tonsillotomie.

Dreyer (Köln).



34) **Roth.** Akute suppurative Thyroiditis.

(Amer. journ. of the med. sciences Vol. CXXVII. Nr. 1.)

Die akute eitrige Entzündung der Thyreoidea ist eine seltene Erkrankung und als primäre Affektion nur in wenigen Fällen zur Beobachtung gekommen.

Der Fall des Verf. betrifft einen 40jährigen Mann, der ohne weitere Anamnese mit den Zeichen schwerster Sepsis in das Krankenhaus eingeliefert worden war. In der Gegend der Schilddrüse fand sich eine fluktuierende Infiltration. Bei der Inzision entleerten sich aus dem linken Lappen der Schilddrüse wenige Tropfen Eiter. Der Pat. starb bald darauf. Bei der Autopsie fand sich kein primärer Herd, so daß sich der Verf. für berechtigt hält, die Schilddrüse als den Ausgangspunkt der Sepsis anzusehen; ein klinisches Bild der Erkrankung will er jedoch auf Grund dieses einen Falles nicht aufstellen. **Engelmann** (Dortmund).

35) **H. Starck.** Bericht über ösophagoskopische Diagnostik. (Aus der med. Klinik zu Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 6.)

S. ösophagoskopiert fast nur in Seitenlage, wodurch die Überschwemmung des Gesichtsfeldes mit Schleim und die Aspiration von solchem durch den zu Untersuchenden vermieden wird, und hat in den letzten 100 Fällen niemals einen Mißerfolg bei der Einführung des geraden Rohres gehabt. Nur die Deutung der Bilder ist schwierig wegen der stetigen pulsatorischen und respiratorischen Bewegungen der Wandung der Speiseröhre, der Schleim- und Speichelsekretion, des Brechreizes usw., wodurch die Fixierung der Bilder gestört wird. — Der Bericht umfaßt die an 46 Ösophaguskranken ausgeführten 65 Ösophagoskopien, unter diesen allein 17 Fälle von Krebs, 4 von Divertikel, 3 von diffusen Erweiterungen usw., und bestätigt von neuem den großen Wert der Ösophagoskopie.

Kramer (Glogau).

36) **W. Thomas.** On congenital occlusion of the oesophagus.

(Lancet 1904. Februar 6.)

Mitteilung eines Falles von angeborenem Ösophagusverschluß und Kritik der über diese Mißbildung vorliegenden Literatur von 20 Fällen. Die Prognose ist infaust; die Kinder pflegen bis zum 4. Tage zu sterben. Nur mit Hilfe rektaler Ernährung konnten sie bislang noch etwas länger am Leben erhalten werden. Die Gastrostomie scheint im übrigen die einzige Erfolg versprechende Operation zu sein. Eine neue Idee, den Kindern Nahrung zuzuführen, glaubt Verf. aussprechen zu können: in den meisten Fällen kommuniziert nämlich nach Verf. das untere, mit dem Magen zusammenhängende Ösophagusende mit der Trachea. So meint Verf., in geeigneten Fällen mit Hilfe der Tracheotomie transtracheal in den Magen gelangen zu können. **H. Ebbinghaus** (Berlin).

37) **Lossen.** Über die idiopathische Erweiterung des Ösophagus.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Chirurgie u. Medizin Bd. XII. Hft. 2 u. 3.)

Im Anschluß an fünf in der Königsberger medizinischen Klinik beobachtete Fälle entwickelt L. das Bild der früher sehr seltenen, jetzt häufiger beobachteten Erkrankung. Für die Entstehung können fünf Momente in Frage kommen: 1) primärer Cardiospasmus, 2) primäre Atonie der Speiseröhrenmuskulatur, 3) gleichzeitiges Auftreten von Spasmus der Cardia und Lähmung der Ringmuskulatur der Speiseröhre infolge einer Vaguslähmung, 4) kongenitale Anlagen, besonders Vormagen, 5) primäre Ösophagitis. Bei den von L. mitgeteilten Fällen ist am wahrscheinlichsten Cardiospasmus Ursache der Erweiterung. Bei der Besprechung der Diagnostik des Leidens hebt L. die bisher zu diesem Zwecke nur selten benutzte Röntgenphotographie als ganz besonders wertvoll hervor. Am besten füllt man die Speiseröhre mit einer Mischung von Kartoffelbrei mit Wismutpulver an; die beigegebenen Photogramme zeigen in hervorragend schöner Weise den hohen Wert

dieses Verfahrens. Konsequente Fütterung des Pat. mit der Magensonde ergab in allen Fällen L.'s sehr gute Resultate, wenn naturgemäß auch eine Beseitigung der Dilatation dadurch nicht erzielt werden kann. **Haeckel** (Stettin).

38) **Franke.** Carcinoma cylindrocellulare gelatinosum oesophagi, ein Beitrag zur Lehre der Keimversprengung.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIV. p. 563.)

Es wird ein im pathologischen Institute zu Göttingen beobachteter seltener Fall von Gallertkrebs der Speiseröhre beschrieben, der zu zahlreichen Metastasen geführt hatte. Verf. nimmt an, daß die Neubildung aus embryonal versprengtem Magenepithel entstanden sei und führt hierfür folgende Gründe an:

1) Der Sitz im unteren Abschnitte der Speiseröhre macht die Annahme der Entstehung einer derartigen Abschnürung besonders leicht.

2) Der außerordentliche Mangel an Schleimdrüsen im oberen Abschnitte der Speiseröhre, ihre völlige Abwesenheit im unteren stellt deren Fehlen am Orte der Geschwulst als sehr wahrscheinlich hin.

3) Wenn das Karzinom aus einer Drüse hervorgegangen wäre, so müßte der drüsige, adenomatöse Bau auch stärker überwiegen, als er dies tatsächlich tut. In dem Primärtumor zumal tritt er gegenüber dem alveolären Bau ganz in den Hintergrund.

4) Zieht Verf. noch die Art der Schleimbildung heran, die in derselben Weise vor sich gehe wie in Gallertkrebsen des Magens, durch schleimige Degeneration der Zellen. Dabei treten dieselben Bilder auf, wie sie für Schleimkrebse des Magens charakteristisch sind. **Fertig** (Göttingen).

39) **L. Steiner.** Über einen Fall von Mitbewegung der Sonde synchron den Atembewegungen bei Ösophaguskarzinom. (Aus der med. Univ.-Poliklinik zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 6.)

Die bei der Untersuchung beobachtete Mitbewegung der Sonde beim Ein- und Ausatmen war durch eine feste Verlötung des Ösophagus mit dem Zwerchfell, wie die Sektion ergab, verursacht. **Kramer** (Glogau).

40) **W. Schiele** (Naumburg a. S.). Dauermagensonde bei Striktur der Speiseröhre.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 6.)

S. vermochte in einem Falle die krebsige Striktur des unteren Speiseröhrenendes durch ein 30 cm langes, gefenstertes Drainagerohr von Federhalterstärke offen zu halten, das an seinem oberen Ende mit Fadenschlingen zur Befestigung dieser an einem Zahn versehen war. Der Kranke schluckt nicht nur dicke Suppe, sondern auch gekauten Zwieback, dünne Breie, Hühnerei usw. und läßt das Rohr alle 5 Tage wechseln; er trägt es ohne Beschwerden. **Kramer** (Glogau).

41) **Stolper.** Über Kehlkopffrakturen.

(Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen 3. Folge. Bd. XXVII. Hft. 1.)

S. berichtet über zwei Fälle von schwerer Kehlkopffraktur, die einerseits wegen ihres Ausganges in Heilung und andererseits in forensischer Beziehung bemerkenswert sind. Der erste Fall betrifft einen Geisteskranken, der sich mit einem Messer das Lig. conicum durchschnitt und durch Aufreißen der Wunde mit dem Finger eine Längsfraktur im Schild- und Ringknorpel erzeugte; Tracheotomia inferior und Übernähung der Frakturstellen; Heilung nach 5 Wochen. Interessant hierbei war, daß der Verletzte trotz des stark zerstörten Kehlkopfes noch deutlich mit heller, vernehmbarer Stimme sprechen konnte, und daß die Atmung so wenig beeinträchtigt und der Blutverlust so gering war, daß der Ver-



letzte noch 5—6 Minuten aufrecht stehen und ohne Unterstützung den Weg vom Tatorte zum Operationsraum über mehrere Treppen hinweg zurücklegen konnte. In forensischer Beziehung ist dieses Moment beachtenswert, da es darauf hinweist, daß bei Kehlkopfverletzten der Ort, wo der Verletzte aufgefunden wird, nicht immer mit dem Tatorte identisch zu sein braucht.

Der zweite Fall betrifft einen jungen, 15jährigen Bergarbeiter, der von einem Schlepper gewürgt worden war. Wenn sich auch in diesem Falle über den Sitz und die Ausdehnung der Fraktur nichts Bestimmtes sagen läßt — objektiv war nichts zu sehen —, so nimmt S. dennoch auf Grund des klinischen Bildes eine Zusammenhangstrennung des Kehlkopfgefüges an, die anscheinend submukös verlief und daher zu einer sichtbaren Blutung keinen Anlaß gegeben hat. Ausführung der Tracheotomia superior; Heilung nach 4 Wochen. S. betont hierbei, daß nicht bloß bei alten Leuten mit verknöchertem Kehlkopfe, sondern auch bei jugendlichen Individuen mit elastischem Knorpel Frakturen entstehen können, die weniger sichtbar als fühlbar sind. Er gibt im Anschluß hieran die Beschreibung dreier Präparate von Fraktur des Schildknorpels, bei denen die Verletzung weniger durch den Gesichtssinn als durch die Tastung festzustellen war.

Deutschländer (Hamburg).

42) Boncabeille. Kyste hydatique suppuré du poumon, ouverture dans les bronches et la plèvre. Thoracotomie. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1904. Nr. 3.)

Bei einem 26jährigen Manne traten zunächst die Erscheinungen einer rechtsseitigen trockenen, dann einer eitrigen Entzündung, schließlich die eines mit den Bronchien kommunizierenden Pyopneumothorax auf. In dem aspirierten Eiter wurden Staphylo- und Streptokokken gefunden. Bei der Thorakotomie wurde eine dicke, weiße Membran entfernt, im Eiter fanden sich typische Echinokokkenhäkchen. Nach der Operation ungestörter Heilungsverlauf.

Verf. ist der Meinung, daß sich die Cyste zuerst im unteren Lungenlappen entwickelt habe, dann in die Bronchien eingedrungen sei und schließlich den Pyopneumothorax hervorgerufen habe. **Herhold** (Altona).

43) Würth v. Würthenau. Beiträge zur Sprengwirkung penetrierender Projektile in den Brust- und Baucheingeweiden.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1904. Hft. 2.)

Verf. bespricht zwei Schußverletzungen, welche durch Schuß aus nächster Nähe mit dem Infanteriegewehr Modell 88 hervorgerufen waren. Im ersten Falle war das Projektil in die Lebergegend eingedrungen, hatte das Colon transversum, ferner das Jejunum an zwei Stellen, Mesenterium, Duodenum, die Aorta abdominalis, den M. ileopsoas, endlich die linke Niere durchbohrt und war in der linken Lendengegend ausgetreten. Der Tod erfolgte nach $1/2$ Stunde. Merkwürdigerweise wurde bei der Obduktion kein Darminhalt in der Bauchhöhle gefunden; aus diesem Grunde, nämlich, da die Darmschlingen leer gewesen sein müssen, glaubt W., daß die relativ großen Öffnungen im Dünndarm nicht durch Sprengwirkung, sondern vielmehr durch ein mit dem Tode eintretendes Nachlassen der Darmkontraktion bedingt gewesen seien.

Im zweiten Fall, in welchem der Schuß gegen die Herzgegend abgegeben war, nahm der Schußkanal folgenden Verlauf: Eintritt in die Brusthöhle zwischen 6. und 7. linken Rippenknorpel, Durchbohren des linken unteren Lungenlappens, des Zwerchfelles, der Leber, des Magens, Streifschuß am Wirbelkanal mit Verletzung der austretenden Nerven. Laparotomie 3 Stunden nach der Verletzung, Naht der Verletzungen der Leber und des Magens. Tod 2 Stunden nach der Operation. Die großen Risse in der Leber ließen an eine hydrodynamische Wirkung des Geschosses denken.

Verf. spricht sich für baldige Laparotomie bei allen Bauchschüssen auch im Felde aus; dieselbe soll nach ihm bereits auf dem Hauptverbandplatz ausgeführt werden. **Herhold** (Altona).

44) Neuhaus. Urologische Beiträge.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVII. Nr. 4.)

1) Intoxikation mit Eukain α. Sehr bald nach der Einspritzung einiger Gramm frischer 1%iger Eukain α-Lösung in die vordere Harnröhre eines Knaben mit Cystitis traten Blasenschmerzen, Facialiskrämpfe, toxische und klonische Krämpfe der Extremitäten auf. Nach kurzer Zeit schwanden die Symptome, wiederholten sich aber nach einer zweiten solchen Injektion. Kokain wurde gut vertragen.

2) Eigentümlicher Krampf in der vorderen Harnröhre. Bei einem Pat. mit chronischer Gonorrhöe, der schon wiederholt bougiert worden war, wurde das Instrument beim Herausziehen plötzlich in der Mitte der Pars pendula festgehalten und konnte nur sehr schwer entfernt werden.

3) Über Spermatocystitis. Akute Spermatocystiden hat Verf. (wie wohl jeder Urologe) öfter gesehen; chronische nur drei, mit sehr geringen Beschwerden, Polutionen, »dumpfen Sensationen« beim Stuhlgang, Brennen beim Koitus. Ein Fall wird ausführlicher beschrieben, wobei unangenehme Gefühle beim Beischlaf und gelbliche Verfärbung des Samens aufgefallen waren; im Samenblasensekret reichlich Eiterkörperchen. Eine Gonorrhöe war lange vorhergegangen. Durch Massage und Mastdarmspülungen trat schnell Heilung ein.

Jadassohn (Bern).

45) F. C. Valentine and T. M. Townsend. Abnormal frequency of urination treated with epidural injections.

(New York med. record 1903. September 26.)

V. und T. haben in dem Manhattan-West-Hospital funktionelle Störungen der Harnentleerung mit epiduralen Injektionen behandelt. Inkontinenz, Enuresis und Pollakiurie wurden erfolgreich beeinflußt. Mit Sorgfalt ausgeführt, bedeuten diese Eingriffe keine Gefahr und sind nicht schmerzhafter als irgendeine subkutane Injektion.

Es wurden etwa 5—10 ccm einer 1/10%igen normalen warmen Salzlösung einmal wöchentlich in den Sakralkanal eingespritzt (durch den Hiatus zwischen Periost und Dura mater).

Die Methode ist genauer von Cathelin (»Les injections épidurales«, Paris, Baillière, 1903) beschrieben, der ungefähr alle 2 Tage eine Einspritzung macht.

Loewenhardt (Breslau).

46) R. Lightburn Sutton. The internal administration of methylene blue as an aid in the diagnosis of urethro-perineal fistula.

(New York med. record 1903. September 5.)

In einem Falle von Perinealabszeß gonorrhoischen Ursprunges konnte Verf. durch interne Darreichung von Methylenblaukapseln an der Färbung des Tampons einen Zusammenhang mit der Harnröhre feststellen.

Verf. empfiehlt dieses Verfahren besonders für Fälle, in denen durch eine Sonde die vermutete Kommunikation nicht gefunden werden kann.

Loewenhardt (Breslau).

47) C. Engelbreth. Technik der Urethralinjektionen. Kapazität der Urethra ant. und Spannungsdruck des Sphinkter, berücksichtigt in der Konstruktion einer neuen Gonorrhöespritze.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVII. Nr. 1.)

Auf Grund von ausführlich wiedergegebenen Erwägungen, die freilich nicht in allen Punkten überzeugend sind, stellt E. als Forderung für die Behandlung der Gonorrhöe die Sätze auf: daß bei der Urethritis anterior die Menge der Injektionsflüssigkeit stets übereinstimmen soll mit der augenblicklichen Kapazität der Harnröhre (welche im Verlaufe der Gonorrhöe wechselt), ohne daß der Sphinkter

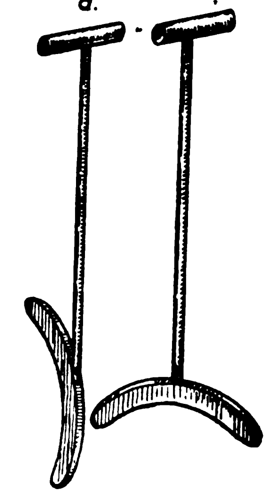
forciert wird. Die Bedingungen für Injektionen werden gefunden durch Untersuchung der Druckverhältnisse des Sphinkter, der Reflexkontraktionen und event. Erschlaffung bei permanentem Drucke; die Injektionsspritze soll sterilisiert werden können, ebenso die Schale; der Pat. soll in der Antisepsis unterwiesen werden. Zur Klarlegung des zweiten Punktes hat Verf. einen eigenen Apparat konstruiert, mit welchem es gelingt, Kapazität der vorderen Harnröhre und »Druck des Sphinkter« zu messen. Die Untersuchungen mit diesem Instrumente haben als praktische Resultate ergeben (die theoretischen Erörterungen würden uns zu weit führen), daß der Rauminhalt einer Spritze zur Behandlung der Urethra anterior mindestens 21,5 ccm sein muß, daß der Druck $^1/_{10}$ Atmosphäre nicht überschreiten darf, daß die Injektionen langsam und am besten kurz und wiederholt vorzunehmen sind (da sonst der Sphinkter ermündet wird), und daß prolongierte Injektionen mit niedrigem Druck, die Harnröhre nur halb gefüllt, zu machen sind. Für Injektionen in die Urethra posterior müssen die Spritzen 25 ccm Rauminhalt haben; man soll bei leerer Blase injizieren, während Pat. Urin zu lassen versucht (dann ist der Druck nur $^1/_{20}$ Atmosphäre; sonst muß der Druck größer sein, $^1/_6$ Atmosphäre, oder länger wirken). Auf Grund dieser Feststellungen hat E. eine sterilisierbare »Ventilspritze« konstruiert, die für vordere und hintere Harnröhre geeignet ist und mit welcher stets eine Flüssigkeitsmenge in die erstere eingespritzt werden kann, welche ihrer Kapazität entspricht. **Jadassohn** (Bern).

48) **Lydston.** A prostatic tractor for perineal-prostatectomie.

(Annals of surgery 1903. September.)

Das für das Herabdrücken der Prostata bestimmte Instrument wird im geschlossenen Zustande (*a*) durch eine Öffnung der Pars membranacea der Harnröhre in die Blase eingeführt. Durch Fingerdruck von der am Damm gesetzten Operationswunde aus wird es geöffnet (*b*). Übt jetzt der Assistent am Handgriff einen Zug aus, so wird die Vorsteherdrüse nach vorn in die Wunde gedrängt.

Herhold (Altona).



49) **E. Loumeau.** Prostatectomie totale transvesicale par la voie sus-pubienne — opération de Freyer.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XXII. Hft. 2.)

Verf. behandelte einen über 80 Jahre alten Prostatiker, bei dem schon zu drei verschiedenen Malen wegen sekundärer Blasensteine der hohe Blasenschnitt ausgeführt worden war. Der Sinus retro-prostaticus der Blase bildete einen außerordentlich großen intravesikalen Prolaps. Als der Kranke dann von neuem an einer sehr schmerzhaften kalkulösen Cystitis erkrankte, bildete sich in der alten Operationsnarbe eine hypogastrische Blasenfistel, durch die sich fast der ganze Urin entleerte. Die Prostata machte im Mastdarm einen orangegroßen Vorsprung. Verf. führte nun bei dem Kranken die transvesikale totale Prostatektomie nach Freyer aus: breite Eröffnung der Blase mittels Sectio alta; quere Inzision der hinteren unteren Blasenwand direkt auf die vorspringende Prostata; Exstirpation derselben. Die linke Prostatahälfte wurde in drei, die rechte in zwei Stücken entfernt. Drainage usw. Es trat vollkommene, auch funktionelle Heilung ein, obwohl 8 Tage nach der Operation infolge einer schweren Bronchitis eine postoperative Exstrophie der Blase eintrat. **P. Wagner** (Leipzig).

50) W. Meyer. Prostatectomy and galvanocaustic prostatectomy (Bottini's operation); their present status in the radical treatment of the hypertrophied prostate gland.

(New York med. record 1903. Oktober 24.)

An der Hand einer ausführlichen Statistik von 59 in 5 Jahren operierten Pat. mit nur 7 Todesfällen weist M. nach, daß in gut ausgewählten Fällen die Operation Bottini's mit voller Berechtigung besonders dann vorzuschlagen sei, wenn die Prostatektomie kontraindiziert oder vom Pat. zurückgewiesen sei. Zwei Todesfälle werden auf die spinale Anästhesie mit sterilisierter Tropakokainlösung geschoben und sollen noch näher veröffentlicht werden; ein Pat. starb nach 30 Stunden an akuter Sepsis, war aber schon chronisch infiziert und hatte fortgeschrittene doppelseitige Pyelonephritis; ein unglücklicher Ausgang wurde durch Perforation der Blase durch den oberen Schnitt und Eiterung im Cavum Retzii hervorgerufen. Einmal trat Pneumonie auf. Ein Kranker starb nach 8 Tage später ausgeführter Sectio alta. Ein weiterer an embolischer Pneumonie nach linksseitiger Phlebitis der Saphena. Drei weitere Todesfälle traten 6—10 Wochen nach der Operation ein; es hatte aber schon vorher Pyelonephritis bestanden. 24 Kranke leben noch.

Im einzelnen muß die genaue Statistik im Original nachgelesen werden.

Durch verbesserte Technik und Auswahl der Fälle hat Verf. die Resultate immer mehr verbessert. Besonders zur Vermeidung von Verletzungen der Harnröhre wird die Drüse nicht mehr mit dem Schnabel des Brenners fest zusammengedrückt, sondern nur mäßig angehakt. Von Folgezuständen wären noch eine Verletzung des Mastdarmes und in sechs Fällen Epididymitis mit zweimaliger Abszedierung zu bemerken.

Die Blase wird mit Luft oder Wasser gefüllt. In 20 Fällen wurde ein guter Urinstrahl erzeugt, in 32 Fällen Schmerzlosigkeit beim Wasserlassen. Impotenz resultierte in 2 Fällen.

M. macht aufmerksam auf die Notwendigkeit der Registrierung der Sexualfunktionen vor und nach den Prostataoperationen und glaubt, daß die Enukleation viel häufiger nach dieser Richtung hin schädige.

Die Anästhesierung besteht jetzt in 3%iger Eukainlösung und einer während der Schnitte eingeleiteten Suggestivnarkose mit gleichen Teilen Alkohol und Wasser. Übrigens hat die lokale Schmerzhaftigkeit sich sehr vermindert, seit M. die Drüse mit dem Schnabel nicht mehr komprimiert. Chetwood's Modifikation (cf. d. Bl. 1901 p. 1292 und 1902 p. 846) erfordert allgemeine Narkose und längere Bettlage. Young's verschieden gestaltete Glühmesser erscheinen ganz praktisch. Litholapaxie und Bottini in einer Sitzung kann gut ausgeführt werden.

Drüsen von starker und mittlerer Härte sollen enukleiert werden, weiche Drüsen, besonders wenn sie nicht vom Mastdarm aus getastet werden können, sondern das Cystoskop die Hypertrophie bestätigt und die Pat. älter und heruntergekommen sind, werden am besten für Bottini reserviert; schließlich kann die Prostatektomie immer noch nachgeholt werden.

Zum Schluß spricht M. die Überzeugung aus, daß Prostatektomie und galvanokaustische Prostatotomie die beiden Methoden der Wahl für die radikale Kur der Prostatahypertrophie bleiben werden. **Loewenhardt** (Breslau).

51) M. Mayer (Simmern). Intraperitonealer Blasenriß. Zerreißung und Abreißung des Bauchfells von der Blase.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen 3. F. Bd. XXVII. Hft. 1.)

Ca. 40jähriger Mann fiel in betrunkenem Zustande von einem Wagen, ging noch ½ km nach Hause. Harndrang, Unfähigkeit zu urinieren. Ein ohne große Schwierigkeit eingeführter Katheter entleerte in 2 Stunden nahezu 2 l Urin von heller Farbe; trotzdem wurde die Diagnose auf Harnblasenruptur gestellt und ca. einen halben Tag nach dem Unfall operiert (im Bauernhaus ohne sachverständige

Assistenz). Man fand Zerreißung des Bauchfells über der Blase, aber keinen Blasenriß. Die Blase wurde nicht insidiert. Erst die Sektion ergab einen 7 cm langen, intraperitonealen, alle Schichten durchsetzenden, in sagittaler Richtung verlaufenden Blasenriß! **F. Brunner** (Zürich).

52) **Radouan.** Large rupture de la vessie, par éclatement, extrapéritonéale. Laparotomie. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1904. Nr. 1.)

Infolge eines Dolchstiches in die linke Gesäßhälfte fiel ein Mann zu Boden, und zwar mit dem Unterbauch auf einen orangengroßen Kieselstein, wobei er gleich das Gefühl hatte, daß im Leib etwas entzwei riß. Bei der Aufnahme ins Hospital bot der Verletzte das Bild der inneren schweren Blutung, Urinieren war unmöglich, mit dem Katheter wurden 100 g blutigen Urins entleert. Es bestand im Hypogastrium eine ausgedehnte Dämpfung. Die Schwäche des Mannes war so groß, daß erst nach 28 Stunden die suprapubische Laparotomie ausgeführt werden konnte. Hierbei wurde ein 7 cm langer, extraperitonealer, klaffender Riß an der vorderen Blasenwand entdeckt. Derselbe wurde durch einen großen Blutklumpen derartig geschlossen, daß eine Urininfiltration des umgebenden Gewebes nicht eingetreten war. Der Blasenspalt wurde bis auf eine für das Drain bestimmte Öffnung durch Seidennähte nach Lembert vernäht, die unteren Blasenränder an die Haut befestigt, so daß eine lippenförmige Blasenfistel im unteren Winkel vorhanden war, in der das Drainrohr lag, das aber als nutzlos bald fortgelassen wurde. Die Blasenfistel schloß sich nach 6 Wochen; dann wurde der Verletzte als geheilt entlassen. Verf. weist darauf hin, daß extraperitoneale Blasenrisse infolge indirekter Gewalt und ohne Beckenbruch — im vorliegenden Falle lag kein Beckenbruch vor — selten seien. Außerdem bespricht er das Ungewöhnliche, daß ein so großer Blasenriß durch ein Blutgerinnsel so völlig verschlossen wurde, und daß dadurch eine Urininfiltration ausblieb. **Herhold** (Altona).

53) **J. B. Seltowitsch.** Über intraabdominale Blasenrisse.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 41 u. 42.)

An der Hand der Literatur und sechs eigener Fälle aus dem weiblichen Obuchowhospital bespricht S. ausführlich diese Verletzung. In einem Falle waren die Serosa und die Schleimhaut zerrissen bei unversehrter Muskularis; Mechanismus nicht aufgeklärt; Laparotomie am nächsten Tage; im Becken alte Verwachsungen. Tamponade der Bauchhöhle; am 8. Tage kam Harn aus der Wunde, letztere wurde gangränös, und nach 6 Tagen starb Pat. — Von den diagnostischen Hilfsmitteln empfiehlt S. die Katheterisation; entleeren sich dabei sehr große Mengen (1,5 Liter und mehr) Harn mit viel Eiweiß, so beweist das eine Blasenruptur; ebenso das vollständige Fehlen von Harn in der Blase. Dagegen sprechen mittlere Mengen für extraperitoneale Ruptur. Ausnahmen sind natürlich möglich. Zuweilen kann ein Blasenriß Ruptur einer extra-uterinen Schwangerschaft vortäuschen (es wird ein Fall beschrieben, der nach Untersuchung der Blase richtig gedeutet wurde; sehr starke Blutung aus der Blasenwunde; Operation, Tod). In der russischen Literatur fand S. 26 Fälle beschrieben, also mit den seinigen 32. 15 Nichtoperierte starben, von 17 Operierten genasen 4. In der ausländischen Literatur sind 35 nach Operation geheilte Fälle beschrieben. — Die 6 Fälle des Verf. wurden alle operiert, davon 1 geheilt (Operation 3 Tage nach der Verletzung; Naht der Blasenwunde, Drain in das hintere Scheidengewölbe, Tampon in die Bauchwunde; am 12. Tage kam Harn aus der Wunde, doch schloß sich die Fistel nach 11 Tagen. 1/2 Jahr später mußte eine Operation wegen Eventration ausgeführt werden. — In 4 Fällen wurde die Blasenwunde genäht, 2mal nicht: im oben erwähnten und in einem schweren Falle von gleichzeitigem Bruch des Beckenknochens. Bezüglich des Mechanismus spricht sich S. für Berndt's Erklärung aus. Die Naht der Blasenwunde ist fast immer angezeigt.

Gückel (Kondal, Saratow).

54) Patel. Malformations congénitales de l'ouraque.

(Revue mens. des malad. l'enfance Bd. XXII. p. 60.)

Der Urachus war bei dem 3jährigen Kinde zu einer spindelförmigen, an der breitesten Stelle 2 Fäuste dicken Cyste erweitert, eine enge Lichtung nach der Blase erhalten. Incontinentia urinae. Operation durch Inzision und Capitonnage nach Art der Vernähung von Höhlen bei Operationen von Leber-Echinokokken. Anscheinend völlige Heilung, auch der Inkontinenz. **Christel** (Metz).

55) Mignon. Pyonephrite prise pour une péritonite appendiculaire.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 12.)

Der Irrtum war dadurch entstanden, daß die rechte, kranke Niere ungewöhnlich tief stand. Ein anderer Chirurg hatte insidiert und die vermeintliche Abszeßhöhle drainiert. M. machte dann die sekundäre Nephrektomie. Heilung.

V. E. Mertens (Breslau).

56) D. Schwarz. Anurie infolge Stein bei Mangel der anderen Niere.

(Liečnički viestnik 1904. Nr. 2. [Kroatisch.])

Der 60jährige Pat. verspürte vor 3 Tagen einen plötzlichen Schmerz im linken Hypochondrium; der Schmerz war krampfartig, dauerte einige Stunden, hörte auf und kam wieder. Vom Beginne der Erkrankung vollständige Anurie.

Verf. nahm linksseitige Nephrolithiasis mit konsekutiver reflektorischer Anurie auch der rechten Niere an und führte am 12. Januar die Nephrotomie aus, wobei aus dem Nierenbecken ein bohnengroßer Stein entfernt wurde. Naht der Niere, Drain bis ins Becken. — Die ersten Tage guter Verlauf; nur Pat. febril. Am 5. Tage Delirien, klonische Krämpfe, Pat. verfällt und stirbt 14 Tage p. op. Bei der Sektion wurde vollständiger Mangel der rechten Niere und des rechten Harnleiters gefunden. Links akute Pyelonephritis. Wäre rechts eine gesunde Niere vorhanden gewesen, so hätte Pat. diese Störung überstehen können; die Urämie war Folge der seltenen Anomalie. **v. Cačković** (Agram).

57) Schmieden. Ein Fall von schwerer Bauchschußverletzung.

(Niederrhein. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn. 18. Januar 1904. Sonderabdruck.)

Vorstellung eines 14jährigen Knaben, der 7 Stunden nach einem Nahschuß aus einer Flobertpistole von 6 mm Kaliber in schwer kollabiertem Zustande eingeliefert wurde. Der Einschuß lag in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Laparotomie. Es fanden sich 12 Löcher im Dünndarm und 5 im S romanum. Übernähung, Drainage mit Gazestreifen. Während der Rekonvaleszenz überstand Pat. noch eine schwere Pneumonie beider Unterlappen, und durch das beständige Husten wich die Bauchnaht auseinander; auch kam er durch profuse Diarrhöen sehr herunter. Schließlich erfolgte jedoch Heilung. **M. v. Brunn** (Tübingen).

Berichtigungen.

Die Zeilen 7—9 auf p. 302 (136. Sitzung der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins) gehören an den Schluß des Vortrages von Herrn Rosenstein: Über eine Gefahr der Bottini'schen Operation. p. 301. — P. 344 Z. 12 von ob. lies Haberern statt Haberer. — Das auf p. 321 referierte Werk über das evangelische Krankenhaus Köln ist bei Georgi in Bonn verlegt.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 18. Sonnabend, den 7. Mai. 1904.

(Aus dem chirurgisch-poliklinischen Institut der Universität Leipzig.)

Über Operationen unter unmittelbarer Leitung der Röntgenstrahlen.

Von

Prof. Dr. Perthes.

Das Programm des diesjährigen Kongresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie kündigte einen Vortrag von Herrn Holzknecht (Wien) an »über chirurgische Eingriffe bei abwechselndem Röntgen- und Tageslicht«. Da der Vortrag nicht gehalten wurde, war es mir unmöglich, die folgenden Bemerkungen so, wie beab-

sichtigt war, in einer Diskussion des Vortrages zu machen. Es sei daher gestattet, an dieser Stelle eine Einrichtung mitzuteilen, welche sich seit September 1903 in dem chirurgisch-poliklinischen Institut der Universität Leipzig für Operationen unter unmittelbarer Leitung der Röntgenstrahlen in Gebrauch befindet.

Das Bedürfnis, für diesen Zweck, den allem Anschein nach auch Herr Holzknecht verfolgt, eine besondere Einrichtung zu treffen, ergab sich zuerst bei der Extraktion von Nadelbruchstücken im Daumen- und Kleinfingerballen. Durch die Methode der Fremdkörperpunktion[1], bei welcher eine Nadel unter unmittelbarer Leitung der Röntgenstrahlen auf den Fremdkörper eingestoßen wird und als Wegweiser liegen bleibt, ist das Auffinden solcher Fremdkörper zweifellos wesentlich erleichtert. Der Umstand jedoch, daß nach dem Einstoßen der Punktionsnadel im »Röntgenzimmer« sich die Überführung des Patienten nach dem Operationssaale notwendig macht, und daß auf diesem Wege die Wegweisernadel sich verschieben, die Asepsis gestört werden kann, rief den Wunsch wach, sofort nach der Punktion noch im Röntgenraume selbst, während der Pat. ruhig in seiner Lage bleibt, der Punktionsnadel entlang auf den Fremdkörper einschneiden oder überhaupt anstatt mit der Punktionsnadel mit den Operationsinstrumenten unter direkter Leitung der Röntgenstrahlen auf den Fremdkörper vorgehen zu können. Hierzu ist es notwendig, daß der Übergang von der Röntgendurchleuchtung zur gewöhnlichen Beleuchtung und umgekehrt in jedem Momente rasch und prompt vollzogen werden kann. Es muß der Operateur, ohne auf Hilfspersonen angewiesen zu sein oder die Asepsis seiner Hände durch Berührung von Fluoreszenzschirm oder Kontakten aufzuheben, in jedem Momente selbst die Verdunkelung bewerkstelligen, das Röntgenlicht einschalten, den Fluoreszenzschirm vorhalten können.

Zur Erfüllung dieser Forderung habe ich September 1903 einen Tisch aus Holz[2] anfertigen lassen, unter dessen Tischplatte die Röntgenröhre sich befindet, während über derselben in einem Scharnier beweglich der Fluoreszenzschirm herauf und heruntergeklappt werden kann. (Vgl. Fig. 1.) Unten am Tische befinden sich drei Pedale welche von den Füßen des Operateurs bedient werden. Die Bewegung des Pedals 1 hebt oder senkt den Fluoreszenzschirm, ein Druck auf Pedal 2 schaltet das elektrische Licht der Operationslampe aus (bezw. ein), während ein Druck auf Pedal 3 den Primärstrom des Induktors schließt, so daß die Röntgenröhre in Funktion tritt.

Für den Gebrauch z. B. bei der Extraktion einer im Kleinfingerballen abgebrochenen Nähnadel sitzt die Pat., deren vorher

---

[1] Perthes, Über Fremdkörperpunktion. Zentralblatt für Chirurgie 1902. p. 841.

[2] Von der Firma Oscar Schöppe, Blitzableiterfabrik, Leipzig, Bairische Straße 3.



desinfizierte Hand nach der von Braun angegebenen Methode in der nötigen Ausdehnung anästhesiert und deren Arm nach v. Esmarch blutleer gemacht ist, neben dem Operateur am Tisch. Ein Assistent findet auf der anderen Seite des Operateurs genügend Raum. Die Tischplatte trägt ebenso wie die Unterfläche des Fluoreszenzschirmes ein aseptisches Tuch (Fig 2). So kann der Operateur neben völliger Wahrung der Asepsis mit Leichtigkeit die Lage des Fremdkörpers bestimmen, dann bei elektrischer Beleuchtung den geeigneten Hautschnitt ausführen, nach erneutem Übergang zur

Fig. 1.

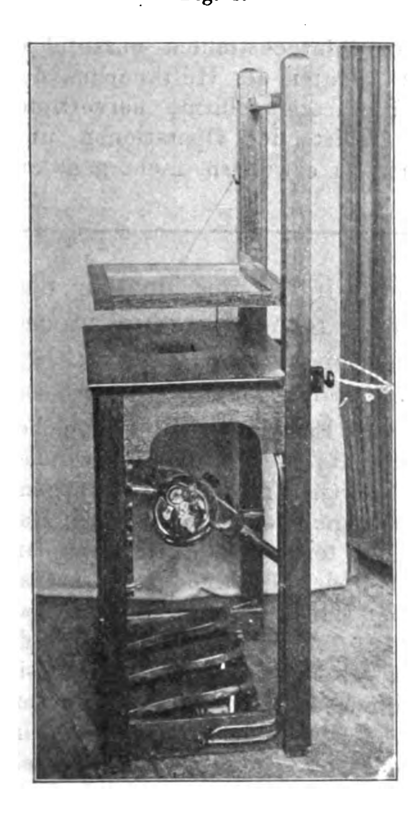


Fig. 2.



Röntgendurchleuchtung den Fremdkörper fassen und ihn endlich wieder bei elektrischem Lichte extrahieren. Die **Möglichkeit, in jedem beliebigen Momente einer Operation eine nur kurz dauernde Röntgendurchleuchtung auszuführen, ist der mit unserer Einrichtung verfolgte und erreichte Zweck.**

Es sei noch bemerkt, daß der untere Körperteil des Operateurs durch eine Bleiplatte vor den schädlichen Wirkungen der dicht vor ihm befindlichen Röntgenröhre sicher geschützt ist. Ebenso ist es möglich, die Hände des Operateurs durch auf dem Tisch liegende

Metall- bezw. Glasplatten zu schützen, die ähnlich wie eine Blende nur den zu durchleuchtenden Teil freilassen, da der Operateur auf dem Schirme nicht seine Finger, sondern nur den vorderen Teil seiner Instrumente im Schattenbilde zu erkennen braucht.

Unser Tisch ist den Bedürfnissen einer Poliklinik entsprechend vorwiegend für Operationen an den oberen Extremitäten gedacht und hat uns bei Fremdkörperextraktionen gute Dienste geleistet. Es dürfte nicht schwer sein, die Konstruktion anderen Verhältnissen anzupassen und die zugrunde liegende Idee für andere Zwecke — die Operation von Gelenkmäusen und die Reposition dislozierter Frakturen mit unmittelbar folgendem fixierenden Verband — nutzbar zu machen. Mein Versuch, die Reposition der kongenitalen Hüftluxation unter direkter Leitung der Röntgenstrahlen auszuführen, stieß auf die Schwierigkeit, daß die Schatten der Hüftknochen doch nicht genügend scharf auf dem Fluoreszenzschirme hervortraten. Immerhin dürften Versuche, das Gebiet der Operationen unter direkter Leitung der Röntgenstrahlen zu erweitern, nicht ganz aussichtslos sein.

---

1) **Quénu** et **Landel.** Les micro-organismes de l'air dans les salles d'opération et d'hôpital; recherche d'un procédé de désinfection.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVIII. p. 1184.)

Seit mehr als 20 Jahren hat sich die Erkenntnis Bahn gebrochen, daß die Gefahren einer Wundinfektion durch die Luft verschwindend gering sind im Verhältnis zu der durch Übertragung pathogener Keime durch direkte Berührung mit ungenügend desinfizierten Händen, Instrumenten, Tupfern u. dgl. Q. teilt diese Anschauung und steht, wie bekannt, ganz auf dem Boden der modernen Asepsis, glaubt jedoch, daß die Bedeutung der Luftinfektion doch von manchem Chirurgen unterschätzt wird. Er sagt: »Die Nutzlosigkeit des Spray während der Operationen und der Nutzen oder der Nutzlosigkeit eines aseptischen operativen Milieu sind zwei ganz verschiedene Fragen, die man nicht miteinander verwechseln darf.« — Zur Klärung der Frage unternahm er mit L. während zweier Jahre eine sehr große Zahl sorgfältiger bakteriologischer Untersuchungen der Luft der Operations- und Krankensäle, wie sie in ähnlicher Weise schon 1893 von Müller in Halle und 1897 von Flügge in Breslau angestellt worden sind. Ihre Untersuchungen erstrekten sich auf folgende drei Hauptpunkte:

1) Einfluß der verschiedenen äußeren Bedingungen auf die Zahl der in der Luft eines Operationssaales enthaltenen Keime;
2) Spezifität und Virulenz dieser Keime;
3) Wahl eines praktischen wirksamen Verfahrens, die Luft der Operationsräume zu desinfizieren.

Bezüglich des Details der Anordnung und Ergebnisse der Versuche muß auf das Original verwiesen werden. Hier sei nur des Gesamtresultates gedacht:

Die Ergebnisse bezüglich Punkt 1 und 2 bestätigen die Resultate der Untersuchungen Müller's. Selbst in Operationssälen für septische Kranke ist der Keimgehalt der Luft gering, sowie genügend lang jede Luftbewegung im Saale vermieden wurde, steigt hingegen auch in den aseptischen Operationsräumen sehr rasch zu erheblicher Höhe, sowie viele Personen sich in demselben bewegen. Es handelt sich um Schimmelpilze (ca. 2—6%), Hefepilze (2—6%), Bakterien (90—95%); pathogene Bakterien bildeten indes die Minderheit. Als praktische Schlußfolgerungen stellen die Autoren folgende, ja längst anerkannte Forderungen auf: 1) Beschränkung der Zahl der Zuschauer; 2) diese dürfen den Operationssaal erst betreten, wenn alles zur Operation fertig gestellt ist; 3) jede Unterhaltung, unnötiges Umhergehen und Bewegung der Luft während der Operation ist verboten; 4) abgesehen von Erkrankung des Chirurgen an Schnupfen oder Paruliden ist die Anwendung besonderer Gesichtsmasken unnötig.

Weitere zahlreiche Versuche zur Entscheidung der Frage, wie man am besten den Keimgehalt der Luft vermindern, die Luft der Operationsräume möglichst desinfizieren könne, ergaben, daß die einfache Feuchthaltung der Luft durch vorgängiges Verstäuben von destilliertem Wasser ihren Keimgehalt zwar herabsetze, aber doch nicht hinreiche; ungenügend war auch die Verstäubung 5%iger Karbol- und 1‰iger Sublimatlösung. Die besten, und zwar sehr gute Resultate ergab hingegen die Pulverisation von Wasserstoffsuperoxyd (10 g pro Kubikmeter). Der Keimgehalt der Luft sank vor Beginn der Operation bis auf 0,87 Kolonien pro Petrischale, stieg während der Operation bei Anwesenheit von 8—25 Personen auf 36,4 Kolonien im Durchschnitt (bei Verstäubung von Wasser auf 100, bei Karbolspray auf 50, bei Sublimatpulverisation auf 80) pro Schale.

Tuffier, der ähnliche Untersuchungen anstellte, betont in der Diskussion, daß die Verstäubung gekochten Wassers durch einen kräftigen Dampfspray gleich gute Resultate liefere.

Reichel (Chemnitz).

---

2) **Albers-Schönberg.** Über den derzeitigen Stand des Nachweises von Konkrementen im menschlichen Körper mittels Röntgenstrahlen.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 2.)

Während der praktische Wert des Röntgenverfahrens für den Nachweis von Gallensteinen trotz der Fortschritte desselben ein sehr geringer ist, gelingt es mit fast absoluter Sicherheit, Nierensteine verschiedenster Zusammensetzung — gute Technik vorausgesetzt — auf der photographischen Platte sichtbar zu machen. Selbst der

geübte Röntgenuntersucher muß auch die übrigen diagnostischen Methoden (Sedimentuntersuchungen, Kryoskopie, Harnleiterkatheterismus) in Anwendung ziehen, die indes ihrerseits das Röntgenbild nicht überflüssig machen. Wie z. B. A.-S. mehrmals beobachtet hat, können die Harnleiter für die Sonde ohne Hindernis durchgängig sein, obwohl in ihnen ein oder mehrere radiographisch nachweisbare Steine vorhanden waren. Als kritischer Forscher vergißt Verf. nicht, der Fehlerquellen hierbei zu gedenken. Nicht selten können Verknöcherungen in den unteren Rippenknorpeln Nierensteine vortäuschen. Sodann kommen fast kreisrunde Schatten von Linsen- bis Erbsengröße hart an der Linea innominata und dicht oberhalb des horizontalen Schambeinastes vor, deren sichere Deutung (Venensteine?) noch nicht gelungen ist; sie können mit Harnleitersteinen verwechselt werden, die indes immer weiter nach innen als jene Schatten liegen mit Ausnahme der auch beobachteten Harnleiter- Divertikelsteine. Interessant ist der von A.-S. erwähnte Fall, in welchem ein in die Nierengegend perforierter Kotstein als Nierenkonkrement angesprochen wurde.

Die Blasensteinuntersuchung mit Röntgenstrahlen ist praktisch von Bedeutung in Fällen, in denen Sondierung und Cystoskopie nicht angängig oder die Steine vollständig in die Schleimhaut eingebettet sind oder in Divertikeln liegen. Das Verfahren von Cowl, Wittek und Eppinger (s. Nr. 8. d. J.), die Blase mit Luft anzufüllen, hält Verf. wohl für eine Verbesserung der Durchstrahlungsverhältnisse, indes sei wegen der Gefährlichkeit des Einblasens von Luft in die Blase Vorsicht geboten.

Sehr dankbar ist der Nachweis der Speichelsteine, schwieriger und praktisch selten erforderlich der der Kotsteine.

Gutzeit (Neidenburg.)

---

3) **G. Preiswerk.** Lehrbuch und Atlas der Zahnheilkunde mit Einschluß der Mundkrankheiten.

München, **J. F. Lehmann,** 1903. Mit 44 farb. Taf. u. 152 schwarz. Fig.

Der großen Zahl von Lehrbüchern der Zahnheilkunde, die in den letzten Jahren erschienen sind, fügt P. ein neues hinzu, freilich ein solches, das sich schon auf den ersten Blick von seinen Vorgängern vorteilhaft durch überaus zahlreiche, sehr schön kolorierte Abbildungen unterscheidet. Das ganze Gebiet der normalen und pathologischen Anatomie der Zähne wird durch Bilder erläutert, die in der Wiedergabe des natürlichen Farbentones so gut gelungen sind, daß sie, in entsprechender Vergrößerung auf Wandtafeln reproduziert, für den Unterricht in der zahnärztlichen Klinik mit großem Vorteil zu verwenden sind. Spezielles Interesse erwecken die Tafeln über die Korrosionsanatomie der Zähne und der pneumatischen Gesichtshöhlen, für deren Darstellung dem Verf. ein besonderes Verdienst gebührt, da er der erste ist, welcher die genaue Anatomie der Zahnwurzeln mit ihrem reich verästelten und miteinander anastomosieren-

den Kanalsystem an der Hand der Korrosionsmethode gelehrt hat. Bei der Besprechung der Pulpa- und Periosterkrankungen folgt P. der von Ashövy aufgestellten Einteilung. Stets wird der betreffende pathologisch-anatomische Vorgang durch gut gezeichnete und gut kolorierte histologische Präparate erläutert. Gerade dadurch, daß alles Wissenswerte durch mustergültige Zeichnungen veranschaulicht ist, erhält das neue Lehrbuch einen hohen didaktischen Wert und kann daher dem Studierenden wie dem Arzt aufs wärmste empfohlen werden. Boennecken (Prag).

---

4) **Tuffier.** Les opérations sur l'oesophage dans »son trajet thoracique«.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 467.)

T. hat 3mal Operationen am Brustteil der Speiseröhre versucht. Im ersten Falle, ein Karzinom in deren unterstem Ende betreffend, blieb es bei einem Explorativschnitt, da die Abtastung der Geschwulst vom Mediastinum aus nach Resektion zweier Rippen die Unmöglichkeit jedes anderen Eingriffes als einer Gastrostomie erwies. Im zweiten Falle schuf sich T. den Zugang zur Speiseröhre gleichfalls vom hinteren Mediastinum aus unter Resektion von 3 Rippen, und konnte das stenosierende Karzinom deutlich unterhalb der Gabelung der Luftröhre abtasten; es war aber mit Pleura und Aorta verwachsen. Unter großen Schwierigkeiten eröffnete T. nun die Speiseröhre von der Seite her unterhalb der Neubildung und legte einen Katheter in sie ein. Pat. starb schon nach 12 Stunden. Wegen der Unzulänglichkeit des Zuganges zum Ösophagus vom Mediastinum aus legte ihn T. in seinem dritten Falle transpleural bloß. Die Übersicht war ausgezeichnet. Es handelte sich um eine Narbenstriktur bei einem 40jährigen Manne. Die vom Munde aus bis zum oberen Ende der Stenose eingeführte Sonde war nicht zu fühlen. Daher inzidierte T. unterhalb des harten Narbenkallus, machte den retrograden Katheterismus und spaltete die 6 cm lange Striktur von unten nach oben; dabei entleerte sich plötzlich aus dem erweiterten oberen Ende eine reichliche Menge Milch, ca. $1^1/_2$ Liter voll, und verunreinigte die Brusthöhle. Über einer dicken Sonde wurde die Speiseröhre genäht, die Wundhöhle gereinigt und drainiert. Eine septische Pleuritis tötete den Pat. 3 Tage danach. Die beiden letzten Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt.

T. hält den von Kelling vorgeschlagenen abdominalen Weg, um Erkrankungen des untersten Endes der Speiseröhre operativ anzugreifen, für ungangbar; die Cardia läßt sich wohl verhältnismäßig leicht aufwärts, aber nur wenig abwärts ziehen. Der mediastinale Zugang ist im allgemeinen auch unzureichend, ist sehr eng, erlaubt nur ungenügende Übersicht; dabei ist der ihm nachgerühmte Vorteil, daß die Pleurahöhle uneröffnet bleibt, fast illusorisch, da erfahrungsgemäß die Pleura bei 6 solchen Operationen 4mal unabsichtlich verletzt wurde. T. will diesen Weg daher allenfalls einmal

wählen zur Entfernung eines harten, im Brustteil der Speiseröhre stecken gebliebenen Fremdkörpers, verwirft ihn aber für die Vornahme von Resektionen der Speiseröhre. Viel erhofft er für die Zukunft vom transpleuralen Wege. Er umschneidet dazu einen viereckigen Weichteilknochenlappen mit äußerer Basis; der obere Schnitt läuft 12—15 cm lang entlang der 7., der untere in gleicher Länge parallel der 9. oder 10. Rippe; beide verbindet ein 4 cm von der Dornfortsatzlinie entfernt ziehender Vertikalschnitt. Darauf quere Durchschneidung der 8. und 9., nach Bedarf auch der 7. und 10. Rippe soweit nach hinten, als möglich; Durchschneidung aller Weichteile entlang dem Vertikalschnitt unter Ligatur der Interkostalgefäße; die Pleurahöhle wird zunächst nur an umschriebener Stelle geöffnet, um den Pneumothorax nicht zu plötzlich entstehen zu lassen. Schließlich Durchtrennung der Weichteile im oberen und unteren Horizontalschnitt und Zurückklappen des Lappens unter Durchschneidung der Rippen an seiner Basis mit der Rippenschere. Der Zugang zur Speiseröhre wird durch diesen Weg breit und übersichtlich. Viel Erfolg für die Therapie des Speiseröhrenkrebses verspricht sich T. freilich auch von seiner Exstirpation auf dem geschilderten Wege selbst nicht.

Reichel (Chemnitz).

---

5) **Sauerbruch.** Die Pathogenese der subkutanen Rupturen des Magen-Darmtraktus.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XII. Hft. 1.)

Unter Berücksichtigung der Literatur und zahlreicher eigener Experimente an lebenden Tieren und menschlichen Leichen kommt S. hinsichtlich der Entstehung subkutaner Rupturen des Magen-Darmkanals zu dem Resultat, daß Moty und Petry beizustimmen ist, wenn sie drei Arten der Entstehung der Ruptur aufstellen: Zerquetschung, Berstung und Abriß durch Zug.

Bei weitem die häufigsten Rupturen sind diejenigen durch Quetschung: Die vordere Bauchwand wird gegen die feste Wirbelsäule oder die Beckenschaufel getrieben, der dazwischenliegende Darm wird direkt gequetscht; je leerer der Darm und je umschriebener die einwirkende Gewalt ist, desto leichter wird es zur Zerreißung kommen.

Für Berstung des Darmes sind Vorbedingungen: starke Füllung des Darmes, Abschluß einer Darmschlinge nach beiden Seiten hin, entweder durch Knickung an zwei Stellen, oder Knickung an einer Stelle und Verschluß durch das Trauma an einer zweiten Stelle oder durch doppelt wirkende Gewalt; ferner muß die Kontusion des Bauches in der Gegend der aufgetriebenen Schlinge stattfinden.

Abriß durch Zug kommt zustande bei schlaffen, dünnen Bauchdecken, bei schiefer Stoßrichtung und bei Stoß resp. Zug von einer entweder physiologisch oder durch besondere Verhältnisse fixierten Darmschlinge.

Haeckel (Stettin).

---

6) **Neri.** Contributo alla conoscenza dei corpi liberi peritoneali.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 1.)

Die freien Körper der Bauchhöhle, welche nicht Fremdkörper oder Blut oder Exsudatreste sind, sind selten. Sie stammen von Netzklümpchen oder Appendices epiploicae oder gestielten Lipomen ab. Sie schwanken von Erbsen- bis Feigengröße, zeigen manchmal Reste eines Stieles. Mikroskopisch besitzen sie einen bindegewebigen Überzug und Endothelüberkleidung. Im Zentrum lagen Bindegewebe und Gefäße, Fett, meist in regressiver Metamorphose, Nekrobiose, Verkalkung. Die Peripherie vermag in der Bauchhöhle, auch losgelöst von jeder Gefäßversorgung, eine Zeit zu leben. Ein Teil findet sich in Hernien. Dies hängt offenbar mit den mechanischen Einflüssen zusammen, welchen das im Bauch liegende Netz ausgesetzt ist.

M. beobachtete 3 Fälle. In einem fanden sich Riesenzellen, so daß Tuberkulose nicht ausgeschlossen ist.

Foa hat freie Körper experimentell durch Injektion von Fibrin oder Nebennierenextrakt in die Bauchhöhle erzeugt. Kontrollexperimente M.'s waren negativ. Dagegen fand er bei zweien seiner Kaninchen freie Körper mit der Struktur der oben beschriebenen des Menschen und glaubt, daß die wiederholten Injektionen zu Gefäßthrombose und Nekrose des Stieles in Fettanhängen des Darmes oder Netzes zu ihrem Freiwerden führten.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

7) **P. Meisel.** Über Entstehung und Verbreitungsart der Bauchfellentzündungen. Mit besonderer Berücksichtigung der vom Wurmfortsatz ausgegangenen Entzündungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 2 u. 3.)

Die sehr eingehende und inhaltsreiche Arbeit zerfällt in zwei Abschnitte.

Der erste allgemeine Teil behandelt das Verhalten des Bauchfellraumes und des Bauchfelles insbesondere bei extraperitonealen Entzündungen. Es wurden zunächst die Fragen gestellt: Erfährt der Peritonealraum und insbesondere der Peritonealüberzug durch eine unter seiner Oberfläche sich abspielende Entzündung eine Veränderung? Und welches sind die Ursachen für die Entstehung von Verwachsungen entzündeter Organe? Verf. beantwortet die erste Frage, gestützt auf klinische Beobachtungen und einige eigene Experimente dahin, daß der gesunde Bauchfellüberzug der Organe, von mechanischen Zerstörungen abgesehen, nur schweren, eitrigen Entzündungen erliegt, welche eine einen Ausgleich nicht zulassende schwere subseröse Zirkulationsstörung verursachen. Bei subakuten und chronischen Entzündungen hält der Bauchfellüberzug lange Stand und erliegt erst dann, wenn der subseröse Zirkulationsapparat

stärker geschädigt ist, auch leichteren Entzündungen. Diese große Widerstandsfähigkeit der Serosa wird durch ihre Verschieblichkeit, Elastizität und ausgezeichnete Blut- und Lymphgefäßversorgung erklärt. Zur Entstehung von Verklebungen und Verwachsungen zweier Peritonealblätter gehören zwei wundgemachte Serosaflächen. Deshalb werden Schädigungen dieser Flächen Verwachsungen begünstigen, wie allgemeine Peritonitis oder durch chronische Entzündungen bedingte Einengungen des Gefäßgebietes des Bauchfellüberzuges.

Von dem Verhalten des Bauchfellüberzuges subserösen Entzündungen gegenüber macht der Wurmfortsatz eine Ausnahme, da er so außerordentlich häufig (in 98%) den Anlaß zu Bauchfellentzündungen gibt. Die Ursache für diese Erscheinung sieht Verf. in der frühzeitigen Beteiligung der subserösen Lymphräume an der Entzündung und besonders in der Zirkulationsstörung bei eintretender Thrombophlebitis. Bei 7, einige Tage nach dem Anfall exstirpierten Wurmfortsätzen konnten die Thrombose oder die Obliteration der den erkrankten Gebieten entsprechenden Wurzelvenen nachgewiesen werden. Von den weiteren Ausführungen über Appendicitis sei noch folgendes hervorgehoben: Diese ist ein meist chronisches Leiden, das in der Regel so lange schleichend und symptomlos verläuft, als der Serosaüberzug des Wurmfortsatzes Stand hält. Erst durch peritoneale Reizungen tritt sie in Erscheinung. Die progrediente chronische Appendicitis führt zu leichteren Rezidiven oder durch Hinzutreten einer Thrombophlebitis der Wurzelvenen mit nachfolgender sekundärer Entzündung zu Durchlässigkeit, Nekrose und Perforation der Wandungen und so zu schweren Anfällen von Peritonitis in mehr als 50% der Fälle. Durch die Infarzierung des Wurmfortsatzes infolge Thrombophlebitis der Wurzelvenen entstehen bei Ablauf der Perityphlitis die verschiedensten Formen der Obliteration. Auch die typischen Ribbert'schen Obliterationen an der Spitze sind, wie die bei ihnen gefundenen organischen Verhältnisse der letzten Wurzelvene beweisen, als Folgezustände einer Thrombophlebitis und damit als Folge einer chronischen Appendicitis aufzufassen.

Im zweiten Teile bespricht Verf. zunächst die Lage des Wurmfortsatzes. Durch Neubildungen des Darmes, durch Entwicklungsstörungen und durch Entzündungen kann dieselbe eine von der normalen ganz wesentlich abweichende werden. Sodann wird die Bedeutung von Verwachsungen für die Verbreitung der Entzündung erörtert. Es muß zugegeben werden, daß unter gewissen Voraussetzungen einmal gebildete Verwachsungen ein Hindernis für die Verbreitung eines akuten Entzündungsprozesses abgeben, daß aber im allgemeinen das Bauchfell eine große Neigung hat zur Trennung verklebter Flächen und zur Wiederherstellung des freien Bauchraumes. Daraus folgt, daß ein einmal durchgemachter appendicitischer Anfall durchaus nicht sicher gegen eine allgemeine Verbreitung der Entzündung in der Bauchhöhle schützt, da in sehr

vielen Fällen von Appendicitis der vom Wurmfortsatz ausgehende Entzündungsprozeß einen freien Bauchfellraum findet. Wirklich dauerhafte Verwachsungen erhält der Kranke gewöhnlich erst nach Ablauf einer gefährlichen Bauchfellentzündung und zu einer Zeit, wo der Wurmfortsatz wieder zur Ruhe gekommen ist und eine geringere Disposition zu akuter Erkrankung hat.

Der Einbruch einer Entzündung in die freie Bauchhöhle macht klinisch immer Erscheinungen, und zwar häufig außer lokalen Reizerscheinungen eine mehr oder weniger ausgedehnte Reizung der ganzen Bauchhöhle. Als Erklärung für diese Erscheinung erkennt Verf. die Auffassung Tietze's an, daß das Infektionsmaterial sich manchmal zunächst über die ganze Peritonealfläche verbreitet, wegen seiner geringen Menge aber rasch resorbiert wird, am Ort seiner größten Dichte jedoch heftige Reaktionen hervorruft. Um die Faktoren kennen zu lernen, welche bei der Verbreitung von Substanzen in der Bauchhöhle maßgebend sind, machte Verf. Tierexperimente, indem er feinste chinesische Tusche in die Bauchhöhle injizierte. Diese Versuche ergaben, daß die Verbreitung der Stoffe abhängig ist vom kapillaren Raum, ohne daß kleine Quantitäten Luft die Verbreitung wesentlich beeinflussen. Es besteht eine jederzeit leicht nachweisbare Abhängigkeit der Verbreitung von der Peristaltik. Der Einfluß der Schwere macht sich erst geltend, wenn die bewegenden Kräfte nachlassen, insbesondere auch bei aufgehobener Zwerchfellatmung. Reizende Substanzen scheinen durch Vermehrung der Peristaltik oder durch seröse Exsudation der Verbreitung Vorschub zu leisten. Bei völliger Lähmung der Darmschlingen ist ein Einfluß der Atmung auf die im Becken bleibenden Teilchen nicht zu finden.

Bei der Besprechung der verschiedenen Formen der Bauchfellentzündungen und der verschiedenen Lage der umschriebenen Abszesse hebt Verf. besonders die Beobachtung hervor, daß der Verlauf der Entzündung zwischen den Darmschlingen ein anderer ist, als am parietalen Bauchfellblatt. Denn während die Darmschlingen zu einem Konvolut verkleben, lokalisieren sich am parietalen Blatt Abszesse. Die Erklärung hierfür ist darin zu finden, daß das Peritoneum viscerale infolge reichlicherer Gefäßversorgung und größerer Flächenausdehnung beträchtlich resorptionsfähiger ist, als das Peritoneum parietale. Des weiteren wird der wichtigen Rolle gedacht, welche Bauchfellduplikaturen, vor allem das Netz, dann das Ligam. susp. hepatis und die von der Blase heraufziehenden Falten dank ihrer großen Fläche und ihrer ausgezeichneten Lymph- und Blutgefäßzirkulation für den Abschluß von Eiterungen von der freien Bauchhöhle spielen.

Den zum Teil ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten von 35 umschriebenen Abszessen, 8 am 1. bis 4. Tage nach dem Anfall operierten Fällen von Peritonitis und 9 diffusen Peritonitisfällen folgen die aus den gesamten Beobachtungen gezogenen

Schlußfolgerungen für Diagnose und Therapie der Epityphlitis und Perityphlitis. Verf. hält die Stellung einer anatomischen Diagnose für unmöglich; deshalb soll schon der erste, sicher festgestellte Fall als Warnungszeichen und als Indikation für die Operation nach dem Anfall dienen. Bei schweren, fieberhaften Anfällen redet Verf. der Frühoperation am 1. oder 2. Tage das Wort, bei ausgebildeter eitriger Peritonitis aber ist vom 3. Tage ab ein vorsichtiges, möglichst schonendes, den Kräftezustand des Pat. genügend berücksichtigendes Vorgehen zu empfehlen. **Blauel** (Tübingen).

---

8) **W. Russel.** Acute appendicitis: its diagnosis and the indications for operation.

(Lancet 1904. März 19.)

Eine trotz der Fülle der heutigen Literatur auf diesem Gebiete äußerst lesenswerte Abhandlung über die akute Appendicitis von berufener interner Seite, aus der etwa folgende Punkte hervorzuheben wären: Die mangelhaften Blutversorgungsverhältnisse des Wurmfortsatzes geben meist die Prädisposition von Nekrosen und Gangrän ab; bei dem weiblichen Geschlechte liegt eine zweite Blutversorgungsbasis in dem Ligamentum ovaricoappendiculare; daher ist die Krankheit dort relativ seltener. Drainagehemmungen (Kelly) sind auch nach Verf. die direkten Ursachen der akuten Appendicitis. Gleichwie ein katarrhalischer Pfropf in der Vater'schen Papille bei Duodenitis Entzündung der Gallenwege entfacht, so kann bei Katarrh jener Darmpartien Entzündung des Wurmfortsatzes entstehen. Wir finden daher die akute Appendicitis sowohl bei Durchfällen als auch bei Verstopfung. In dem mangelhaft drainierten Wurmfortsatz entsteht nach Verf. eine erhebliche Virulenzsteigerung des natürlich mit eingeschlossenen Bakterium coli commune. — Für die Diagnose ist ein Schmerzpunkt in der Tiefe an der klassischen Stelle, der allerdings oft nur durch den Mastdarm konstatiert werden kann, maßgebender, als die oft sehr verschieden lokalisierte oberflächlichere abdominelle Druckempfindlichkeit. Verf. neigt nach seinen persönlichen Erfahrungen quoad Operation sehr dem »radikalen« chirurgischen Standpunkt zu, wie ihn besonders amerikanische Chirurgen, z. B. Macburney, Beaver und Senn, vertreten; immerhin geben die »konservativeren« Anschauungen von anderer kompetentester chirurgischer Seite, so von Hawkins und Treves, den Vertretern der beiden größten Londoner Hospitäler, zu denken. Es zeigen nämlich nach Verf. tatsächlich die Statistiken, daß 90—95% der Fälle ohne Operation genesen, und daß die Zahl der Rezidivierung gleich 1 : 3 ist; es darf daher eine Operation auf jeden Fall kaum als gerechtfertigt angesehen werden. — In knappen Sätzen sucht Verf. seine Ansichten über die Operationsfrage zu präzisieren, von denen Ref. etwa folgendes hier erwähnen möchte: 1) Eine Wurmfortsatzkolik dürfte als Warnungssignal dafür aufzufassen sein, daß

bei dem Individuum abnorme anatomische Verhältnisse am Wurmfortsatz bestehen. 2) Bei Rezidiven der Krankheit und bei mit Schüttelfrost beginnenden Fällen ist sofort zu operieren. 3) Fälle mit normalen Leukocytenwerten, die aber verhältnismäßig schwere Allgemeinsymptome bei nur geringen nachweisbaren lokalen Veränderungen aufweisen, und bei denen nur eine starke Druckempfindlichkeit an typischer Stelle bei tiefer Palpation auffällt, sind besonders auf Perforation verdächtig. 4) Ist bei einer akuten Appendicitis die erhebliche Schmerzhaftigkeit nach 24—48 Stunden noch nicht geschwunden, so ist der Fall chirurgisch zu behandeln. Bis dahin ist Morphium oder Opium nicht oder wenigstens möglichst wenig zu geben, besser ist entschieden Belladonna; neben lokaler Kälte- oder Wärmeapplikation sind vorsichtig Einläufe zu verabfolgen. 5) Im späteren Verlaufe der Erkrankung weist Fortbestehen der lokalen und Allgemeinerscheinungen mit hohen Leukocytenwerten auf Abszeßbildung hin. — Ein besonderer ausschlaggebender Faktor ist der Leukocytosis nach Verf. bei der Krankheit nicht beizumessen. **H. Ebbinghaus** (Berlin).

---

9) **Oppenheim.** Perityphlitis, Peritonitis, Meteorismus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904. Nr. 5.)

An der Hand von sechs verschiedenartigen und lehrreichen Krankheitsfällen, die im einzelnen hier nicht referiert werden können, hat Verf. einige allgemeine Sätze gegeben, die namentlich bei der Beurteilung des häufig äußerst komplizierten Krankheitsbildes der Perityphlitis den Praktiker unterstützen sollen:

Bei Vorhandensein von Meteorismus müssen wir uns Klarheit darüber zu verschaffen suchen, ob wir es hauptsächlich mit Dickdarm-, Dünndarm- oder Magenmeteorismus zu tun haben. — Verf. unterscheidet im Verlauf einer mit Perforation in die Bauchhöhle einhergehenden und zum Tode führenden Perityphlitis dreierlei Stadien des Pulses: 1) Perforationspuls sehr schnell, distinkt, Arterienwand leidlich gespannt. Die Pat. können damit den schwersten Eingriff vertragen. 2) Infektionspuls. 3) Leerer, schlecht zählbarer Puls, bei zunehmendem Meteorismus, der den Beginn des mechanischen Herztodes kennzeichnet.

Das Phänomen der fehlenden Leberdämpfung ist gewissermaßen pathognomonisch für die vom Proc. vermif. ausgehende lokale Peritonitis; es ist bedingt durch mäßigen, äußerlich nicht wahrnehmbaren Dickdarmmeteorismus, während der im ganzen geblähte Dünndarm die Leberdämpfung nicht beeinflußt.

Magenmeterorismus kann auch ohne bestehende Peritonitis in kurzer Zeit zum Tode führen. Zum Schluß rektifiziert O. den von hm früher aufgestellten Satz: »Das Kolon vermag in genügend geblähtem Zustande wahrscheinlich auch schon in Abschnitten (Coecum und Colon descendens) die Leberdämpfungslinie wesentlich zu ver-

schieben«, weil er zu beobachten Gelegenheit hatte, daß der sogar ballonartig geblähte Blinddarm die Leberdämpfung nicht beeinflußte.

Langemak (Erfurt).

---

10) **Karewski.** Anatomische Befunde bei der Wurmfortsatzentzündung und die Indikation zur Appendektomie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904. Nr. 10.)

Wenn auch die Ausführungen des Verf. über die Pathogenese der Appendicitis nicht allgemeiner Zustimmung sich erfreuen werden, so wird doch jeder Anhänger der Frühoperation bei der Wurmfortsatzerkrankung die Arbeit mit Freude lesen. An der Hand von Präparaten, die kurz beschrieben und mit einem kurzen Vermerk über die klinischen Erscheinungen versehen sind, führt K. aus, daß die Appendicitis granulosa in der überwiegenden Zahl der Ursprung der ganzen Krankheit mit allen ihren Wechselfällen von schnell eintretender Heilung bis zum unerwarteten rapiden, tödlichen Ende ist, daß wir aber nicht weiter sehen können, ob ein guter oder schlimmer Ausgang zu erwarten ist. — Die geringfügigste Entzündung kann einen überaus chronischen, über Jahre sich hinziehenden Verlauf nehmen, ohne tiefere Veränderungen des Organs zu erzeugen, es kann sich aber aus solch gutartiger Entzündung durch unberechenbare Zufälle, unter denen den akuten Magen-Darmkatarrhen und infektiösen anderen Erkrankungen, wie Angina, Influenza, eine unheilvolle Rolle zufällt, die bösartigste Form der Krankheit überaus schnell und unerwartet entwickeln.

Unmittelbar vor und nach der sich durch die bekannten alarmierenden Zeichen manifestierenden Perforation findet man an der Serosa des Wurmfortsatzes nur Injektion und geringe fibrinöse Auflagerung ohne oder mit mäßigem serösem Exsudat. Schon wenige Stunden genügen, dasselbe eitrig und reichlich werden zu lassen. Deshalb wirkt die schnelle Appendektomie hier meist lebensrettend; nur bei sehr frühzeitigem operativem Eingreifen bleibt die Bauchhöhle unberührt. Für den Augenblick, in welchem die ulzeröse oder die gangränöse Perforation sich vorbereitet, besitzen wir leider kein sicheres klinisches Merkmal. Denn wir sind zurzeit noch nicht imstande, die innerhalb des Wurmfortsatzes sich abspielenden Vorgänge in bezug auf ihre Tiefenwirkung zu beurteilen. Und da unsere therapeutischen Maßnahmen nicht mit Sicherheit den Fortgang derselben beherrschen, so verlangt K., daß jeder durch noch so geringfügige Symptome als krankhaft verändert erkannter Processus vermiformis exstirpiert werden soll.

Langemak (Erfurt).

---

11) **L. Moszkowicz.** Ein Frühsymptom der schweren Fälle von Perityphlitis. (Aus dem Rudolfinerhause in Wien-Döbling.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 4.)

M. weist darauf hin, daß unter 17 eigenen, unter 12 Fällen Payr's und 17 Sprengel's, welche in den ersten 48 Stunden wegen

Appendicitis operiert worden waren, sich 27mal ein seröser Erguß in die ganze Bauchhöhle — »gewissermaßen ein Analogon des Ödems, das eine schwere Phlegmone der Extremitäten begleitet« — fand; Verf. hält diesen serösen Erguß für ein Frühsymptom schwerer Fälle, dessen Nachweis die sofortige Operation fordere (s. d. Blatt Nr. 10, Ref.).

Kramer (Glogau).

---

12) M. Auvray. Diagnostic de l'appendicite. Les actualités médicales.

Paris, Baillière et fils, 1903.

Das Buch ist veranlaßt durch die Ansicht des Verf., daß heute Abhandlungen über Appendicitis im wesentlichen nur die Therapie berücksichtigen, und daß hierdurch selbst in den Werken namhafter Kliniker die Diagnose zu kurz kommt.

Die einzelnen Arten der Erkrankung werden in fünf Gruppen geteilt und bei jeder einzelnen Gruppe jede auch nur denkbare Erkrankung, die zu einem diagnostischen Irrtum führen könnte, besprochen. So werden beispielsweise bei der einfachen Appendicitis, die auf den Wurmfortsatz beschränkt ist, erwähnt: Leber- und Nierenkolik, Bleikolik, Indigestion, Darmkatarrh bei Kindern, Darmkatarrh, Typhus, Ruhr, Tuberkulose, Darmverschluß, Cholecystitis, Haematocele retrouterina, Hernien, Pneumonie, endlich Tabes und Hysterie. In ähnlicher Ausführlichkeit behandelt wird der Abszeß, der Abszeß mit anormalem Sitz, die allgemeine Peritonitis, endlich die rückfällige Appendicitis. Um so auffallender erscheint es, daß bei dieser Ausführlichkeit die diagnostische Abgrenzung der einzelnen Gruppen unter sich ganz kurz erledigt wird.

Coste (Straßburg i. E.).

---

13) A. Exner. Über die durch intraperitoneale Adrenalininjektion verursachte Verzögerung der Resorption von in den Magen eingeführten Giften.

(Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie Bd. L. 313 S. Sonder-Abdr.)

E. prüfte an Kaninchen den Einfluß einer intraperitonealen Injektion von 0,5—0,6 ccm Adrenalin auf die Resorption von Strychnin und Physostigmin vom Magen aus. Es ergab sich durchgehends eine Verzögerung im Ablauf der toxischen Erscheinungen durch das Adrenalin, welche E. auf verlangsamte Resorption, nicht auf chemische Beeinflussung des Giftes selbst beziehen zu müssen glaubt. Die Adrenalininjektion ging der Einverleibung der Gifte stets um einige Minuten voraus. Analoge Versuche mit subkutanen Strychnininjektionen ergaben kein eindeutiges Resultat.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

14) **J. Boas.** Über relative Pylorusstenose.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 5.)

Unter obiger Bezeichnung versteht B. den leichtesten Grad der Pförtnerverengerung, der aber trotzdem schon erhebliche Beschwerden verursachen und bisweilen chirurgische Eingriffe notwendig machen kann. Bei dem Mangel an autoptischen Befunden scheint der eigentliche Grund des Leidens noch nicht sicher festgestellt zu sein, jedoch entspricht ihm ein recht charakteristisches Krankheitsbild: Schwere Magenstörungen wechseln ab mit kürzeren oder längeren Zeiten völligen Wohlbefindens, in denen eben der Magen das Hindernis überwindet. Die einzelnen Anfälle sind durch heftige Schmerzen, Erbrechen, vermehrte Speichelsekretion, Aufstoßen und Blutungen (durch die Stase hervorgerufene Säurewirkung?) und eine von deutlicher »Steifung« und Geräuschen begleiteten Entleerung des Organes gekennzeichnet.

Entsprechend diesem Symptomenkomplex wird sich die Diagnose manchmal nur durch die Vorgeschichte und fortlaufende Überwachung stellen lassen. Die Krankheit kann sich über viele Jahre erstrecken, die einzelnen Anfälle werden durch Diätfehler ausgelöst, können sich aber auch ohne erkennbaren Grund selbst nach jahrelanger Latenz wiederholen (Ermüdung oder Entartung der Muskulatur), so daß die Prognose für vollkommene Heilung ungünstig ist.

Bei immer wieder auftretenden motorischen Störungen oder gar bedrohlichen Blutungen trotz sorgfältiger Magenschonung hält B. die Gastroenterostomie oder auch die Pyloroplastik für indiziert. Er selbst sah in 5 solchen Fällen nach Anlegung einer Magen-Darmfistel einen überraschend günstigen und dauernden Erfolg. Jedesmal fand er dabei eine Pylorusstenose, während sichere Zeichen eines Geschwürs (Pylorospasmus) nicht nachweisbar waren. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

15) **Nehrkorn.** Die chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa chronica.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 2 u. 3.)

N. stellt im Anschluß an drei in der Heidelberger chirurgischen Klinik operierte Fälle alle in der Literatur niedergelegten zusammen und verfügt so über ein Material von 34 Fällen. Die besten Resultate gibt die Anlegung einer linksseitigen iliakalen Kotfistel an der Flexura sigmoidea, Behandlung des erkrankten Darmes von dieser Fistel aus mit Durchspülungen, nach Heilung der Darmschleimhaut Verschluß der Kotfistel nach einigen Monaten. Von zehn so behandelten Fällen heilten sieben rasch und vollständig; bei einem achten Falle ist die Beobachtungszeit noch zu kurz; einer starb infolge von Perforation eines dysenterischen Geschwüres; nur ein Mißerfolg war zu verzeichnen, bei dem aber auch eine später angelegte Coecalfistel nichts nützte. — Demnächst die günstigsten Erfolge ergab die

Anlegung einer Ventilfistel am Blinddarm nach Kaden-Gibson, während die Bildung einer gewöhnlichen Blinddarmfistel sich nicht empfiehlt, weil einmal der hier noch sehr dünne Darminhalt zu den bekannten Mißständen führt, andererseits die Durchspülung des erkrankten Darmes ebenso gut von einer linksseitigen Fistel ausgeführt werden kann. — Enteroanastomose zur Umgehung des erkrankten Darmes oder gar totale Ausschaltung desselben, ohne Kotfistelbildung, dürfte sehr selten am Platze sein, da meist die schwerste Erkrankung im Mastdarm und der Flexura sigmoidea sitzt, dieser Teil aber durch eine Verbindung vom Ileum mit der Flexura sigmoidea doch nicht ruhig gestellt würde. Höchstens käme eine Ileo-rectostomie in Frage; doch liegen darüber bei der Kolitis noch keine Erfahrungen vor. Zu bedenken ist auch, daß im Gegensatz zur Anlegung einer einfachen Kotfistel die Anastomosenbildung für die oft sehr heruntergekommenen Pat. einen sehr schweren Eingriff darstellt.

Haeckel (Stettin).

---

16) **E. Ries.** The most rational method of operation for hemorrhoids.

(Physician and surgeon 1903. Sonder-Abdruck.)

R. empfiehlt als ein allen anderen Methoden der Hämorrhoidenbehandlung überlegenes Operationsverfahren die Exzision der Hämorrhoidalknoten mit folgender Naht. Nach gründlicher Darmentleerung und Reinigung des Operationsgebietes werden die Knoten mit einer Arterienklemme vorgezogen und mit einer Längsellipse exzidiert. Die Blutung wird durch die Catgutnaht gestillt. Schon am Tage nach der Operation läßt R. die Pat. aufstehen und herumgehen, am 3. Tage wird durch ein Abführmittel Stuhlgang herbeigeführt. Morphium wird höchtens in den ersten Stunden nach der Operation gegeben. Vom 4.—5. Tage ab genießen die Pat. die gewöhnliche Kost, am 6. oder 7. Tage können sie entlassen werden mit der Weisung, mindestens 1mal täglich für Stuhlgang zu sorgen, in der ersten Woche 2mal täglich ein Bad zu nehmen, später 1mal täglich, und während zweier Wochen zur Reinigung nach der Defäkation nicht Papier, sondern weichen Stoff oder ein Bad zu benutzen.

Als Vorzüge der Methode rühmt R. die gleichmäßige Anwendbarkeit bei äußeren und inneren, entzündeten und nicht entzündeten Hämorrhoiden, die geringen Beschwerden der Pat., die sichere und schnelle Heilung. Die Wunden heilen per primam und die Gefahr einer zu starken Verengerung der Afteröffnung liegt nicht vor.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

17) **C. Hart.** Die multiple Fettgewebsnekrose. (Aus dem pathologischen Institut zu Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 2.)

Ein in dem Dresdener pathologischen Institut zur Sektion gelangter Fall von unter den Erscheinungen einer diffusen Peritonitis

schnell tödlich verlaufener multipler Fettgewebsnekrose und hämorrhagischer Pankreatitis liegt vorliegender Abhandlung zugrunde. Bemerkenswert war in demselben, daß sich Fettnekrosen auch unter der kostalen Pleura und auf der Zwerchfellsoberfläche fanden. H. bespricht ausführlich die bisherigen Lehren über das Wesen der multiplen Fettgewebsnekrose und kommt zu dem Schluß, daß letztere mit aller Wahrscheinlichkeit keine eigenartige Erkrankung darstelle, sondern unter dem Einfluß des Sekretes der geschädigten Pankreasdrüse (Erkrankung, Verletzung) entstehe. Über den Zusammenhang der klinischen Symptome, welche ein fast typisches Krankheitsbild — Erscheinungen des Darmverschlusses oder einer Perforationsperitonitis oder von heftigen Koliken mit nachfolgendem Kollaps — umfassen, mit den pathologischen Gewebsveränderungen vermag auch H. eine Aufklärung nicht zu geben. Er hält indes für wahrscheinlich, daß infolge von krankhaften Veränderungen in der Umgebung des Plexus coeliacus oder durch eine infolgedessen bedingte Erkrankung der nervösen Elemente selbst eine Alteration der Hemmungsfasern des Sympathicus eintritt, die die klinischen Symptome des Ileus herbeiführt. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

Über Verwendung von Klemmen bei Operationen am Magen-Darmkanale.

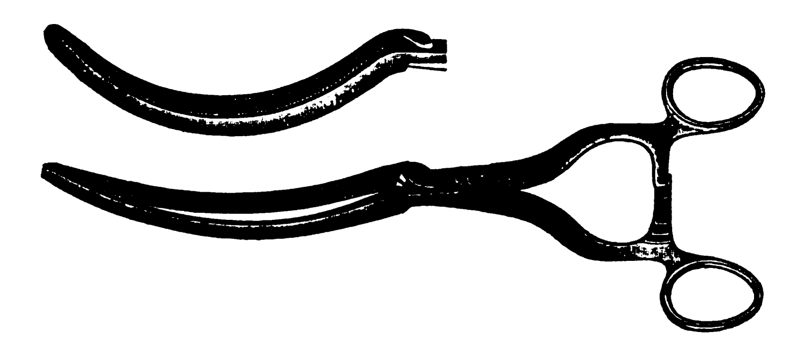
Von

Dr. **Fr. Hansy** in Baden bei Wien.

Die typischen Operationen am Magen-Darmkanale, vor allem die Gastroenterostomie und Enteroanastomose, sind zu so vielfacher Anwendung und so bedeutenden Erfolgen gelangt, daß kein Chirurg diese Operationen heutzutage mehr entbehren kann. Um daher die Ausführung derselben zu erleichtern und die Sicherheit der Erfolge auch unter weniger günstigen äußeren Verhältnissen und in den Händen der minder Geübten auf das Möglichste zu erhöhen, wurden schon seit jeher verschiedene Vereinfachungen und technische Hilfsmittel angegeben. Hierher gehören der Murphyknopf, die dekalzinierten Knochenplatten nach Senn, die Kohlrübenplatten nach v. Barącz, der Vorschlag, die Anastomose durch Anätzen mit dem Thermokauter oder Argent. nitr. ohne Eröffnung der Lumina zu erzielen (s. aus letzter Zeit u. a. die Verhandl. der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 12. Februar 1904), endlich die in neuerer Zeit wieder besonders von französischen Chirurgen und Kocher eingeführte Anwendung von Darmklemmen verschiedenster Konstruktion und Form, der von Prof. Narath angegebene Gastrophor (Verhandlungen d. Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, XXXII. Kongreß), eine in v. Rydygier's Klinik in Lemberg erprobte dreiblättrige Klemme zur Gastroenterostomie von Dr. M. W. Herman (Wiener klin. Wochenschrift 1904 Nr. 8) u. a.

Von ungefähr denselben Gesichtspunkten ausgehend habe ich mir seit Jahren die Ausführung der Operationen am Magen-Darmkanale, besonders der Gastroenterostomie, durch Anwendung verschieden geformter Darmklemmen zu erleichtern gesucht und mir schließlich als am zweckmäßigsten von Herrn Kutill in Wien ein Instrument konstruieren lassen, das sich von den bekannten Doyen'schen

Klemmen nur durch ihre besondere Länge und stärkere Krümmung unterscheidet (s. Abbildung). Auch bei dieser sind die breit und dünn konstruierten Branchen innen flach gerieft, an Kanten und Spitzen sorgfältig abgerundet und üben auf die Darmwand nur einen mäßigen Druck aus, der stets hinreicht, um das Darmlumen sicher zu komprimieren, die Darmwand aber in keinem Falle nachteilig stark gequetscht hat und durch stärkeres oder schwächeres Zudrücken der Griffe auch abgestuft werden kann. Mit dieser Klemme ist es auch bei der meist zur Ausführung gelangten Gastroenterostomia retrocolica stets leicht gelungen, einen genügend großen Kegel der Magenwand durch den Schlitz des Mesocolon transversum hindurch abzuklemmen und damit von dem übrigen Magenlumen sicher abzuschließen. Die korrespondierende Dünndarmschlinge wurde durch eine gleiche Klemme oder zwei gewöhnliche gerade Doyen'sche Klemmen abgeschnürt. Durch Ausstreifen des abzuklemmenden Magen- resp. Darmteiles und den sicheren Abschluß gegen das übrige Lumen kam auch nach Eröffnung des Magen-Darmkanales fast kein Inhalt zum Vorschein, zum mindesten war jede Gefahr des Ausfließens von solchem ausgeschlossen. Dadurch wurde ermöglicht, daß meist auf eine Vorbereitung des Magen-Darmkanales durch restringierte Diät, Magenspülungen und Abführen ganz verzichtet werden konnte, ein Vorteil, der, wie auch Dr. Herman l. c. betont, bei sehr herabgekommenen Individuen, sowie bei unversehens zur Operation gelangenden Fällen von traumatischen oder ulzerösen Darmperforationen o. dgl. nicht gering anzuschlagen ist.



Ich habe dann diese Klemme bei verschiedenen anderen Operationen mit Erfolg angewendet, so beim Verschluß einer Magenfistel. Nach Umschneidung derselben und provisorischem Verschluß ihres Lumens wurde ein entsprechender Kegel des Magens durch die Bauchwand hervorgezogen und an seiner Basis mit der Klemme abgeklemmt, dadurch gegen das übrige Magenlumen vollkommen abgeschlossen und zugleich sicherer als durch Assistentenhände vor der Bauchwunde fixiert. Nun konnte der Verschluß der Magenwunde durch Mucosa- und Sero-Muscularisnähte mit aller Ruhe und Gründlichkeit fast ohne Hilfe der Assistenten vorgenommen werden.

Ähnliche Dienste leistete mir die Klemme bei einer Eröffnung des Magenlumens behufs Extraktion eines Murphyknopfes, der nach Gastroenterostomie in den Magen gefallen und dort festgehalten war. Nach kleinem Bauchschnitte wurde der Murphyknopf durch die Magenwand hindurch gefaßt und mit einem Kegel der letzteren vor die Bauchwunde herausgezogen, der Kegel an seiner Basis abgeklemmt und nun der Fremdkörper exzidiert und die Öffnung in der Magenwand wieder vernäht.

In einem Falle von im Ösophagus oberhalb der Cardia stecken gebliebenem Gebiß, welches nur durch Gastrotomie vom Magen aus entfernt werden konnte, wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle der cardiale, durch Ausstreifen fast leer gemachte Teil des Magens von dem übrigen Magenlumen durch die quer über den ganzen Magen angelegte Klemme abgeschlossen, worauf dann

die Klemme zugleich eine sehr willkommene sichere Handhabe zum möglichst weiten Vorziehen der Cardia bot, durch welche dann nach Eingehen mit der ganzen Hand in den Magen das Gebiß mit dem Finger gefühlt und mit einer langen Kornzange extrahiert werden konnte. Ebenso wertvoll war dann die am Magen liegende Klemme bei dem Verschluß des ca. 8 cm langen Schnittes in der Magenwand durch Naht, welcher sich ohne Klemme selbst bei der besten Assistenz gewiß bedeutend schwieriger gestaltet hätte. Während der ganzen Operation kam nur wenig schleimiger Magen- resp. Ösophagusinhalt zum Vorschein, welcher leicht durch untergelegte Gazetupfer aufgefangen und unschädlich gemacht werden konnte.

Bei allen diesen Operationen wurde der durch die Klemme ermöglichte, ungemein rasch herzustellende und sicher funktionierende Verschluß des Magen- oder Darmlumens, sowie die absolut sichere Fixierung der Darmteile, an welchen operiert werden mußte, außerhalb der Bauchhöhle als eine große Wohltat empfunden. Die verläßlich liegenden Klemmen ließen bei keinem Akte der oft schwierigen und lange dauernden Operationen ein Gefühl der Sorge um die Gefährdung des Pat. durch Ausfließen von Darminhalt, welche sonst so sehr die ganze Operation beherrscht, aufkommen, selbst wenn auch nur ganz ungeschulte Assistenz zur Verfügung stand.

Der Verschluß der Anastomose wurde in den späteren Fällen durchweg durch Naht, und zwar fortlaufende Naht der Mucosa und Knopfnähte der Seromuscularis (Seide) hergestellt.

Die beschriebene und ähnliche Klemmen lassen sich mit gleichem Vorteil bei verschiedenen anderen Operationen am Magen-Darmkanal, eventuell auch an anderen Hohlorganen verwenden, um einen Ausfluß ihres Inhaltes während der notwendigen Eröffnung derselben zu verhindern und eine sichere Fixierung der Stelle, an welcher die oft subtile Naht angelegt werden muß, zu gewährleisten. So bei Darmresektionen, wo z. B. eine gangränöse Dünndarmschlinge samt ihrem Mesenterium mit Hilfe einer Klemme allein rasch und sicher abgeklemmt und dann vernäht werden kann usw.

Ich habe die Klemme in der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte in Wien am 9. Mai 1902 demonstriert und konnte damals über 18 mit Hilfe derselben ausgeführte Operationen am Magen berichten (2 Gastrotomien, 2 Gastrorrhaphien, 12 Gastroenterostomien und 2 Resektionen des karzinomatösen Pylorus). Seither habe ich sie fast regelmäßig in Gebrauch und möchte sie wegen der genannten Vorteile nicht mehr entbehren. Wie mir mitgeteilt wird, steht selbe auch anderwärts mehrfach in Verwendung.

Ich glaubte mich daher berechtigt, auf diese einfache Klemme hiermit nochmals zurückkommen und sie neben den seither angegebenen Apparaten von Prof. Narath und Dr. Herman empfehlen zu dürfen.

Kleine Vorschläge zu dem Sauerbruch'schen Operationsraume.

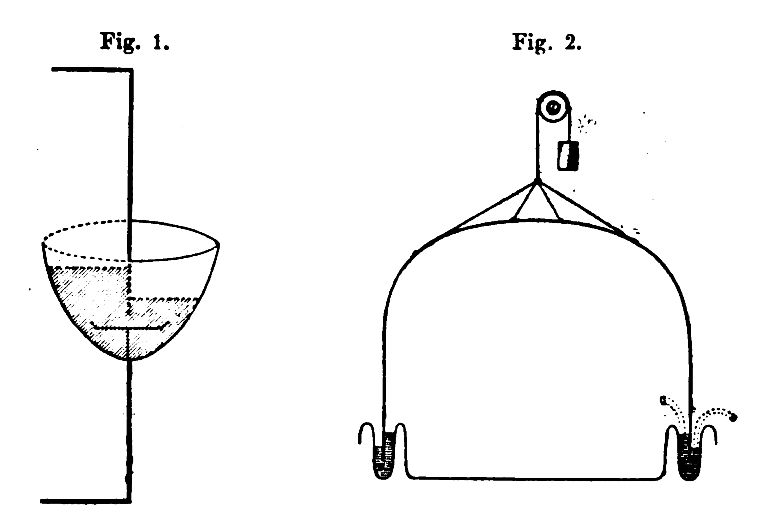
Von

Privatdozent Dr. **Wilms**.

Gelegentlich eines Besuches, den Herr Kollege Sauerbruch in Leipzig machte, zeigte ich ihm kleine Modifikationen für die Darstellung seiner Kammer, die mitzuteilen Herr Dr. Sauerbruch mich aufforderte, um diejenigen Herren, welche zurzeit schon einen Sauerbruch'schen Kasten anfertigen lassen, vor unnötigen Ausgaben zu bewahren.

Es ist ein Nachteil des Kastens, daß man während der Operation keine Instrumente nachfordern oder neu sterilisieren kann. Um das doch zu ermöglichen, soll an den neu zu erbauenden Kammern ebenso wie in der in Breslau, eine luft-

dicht schließende Doppeltür angebracht werden, um allerdings mit Schwierigkeiten aus- und eingehen zu können. Diese Schwierigkeit wird durch folgende kleine Einrichtung vermieden. In die Seitenwand wird ein Gefäß von untenstehender Form eingeschaltet, das luftdicht mit der Wand verbunden ist. Die Seitenwand ragt von oben in das Gefäß als Scheidewand hinein. Der untere Rand der Scheidewand bleibt so weit vom Boden entfernt, daß die Hand durchreichen kann. Das Gefäß wird mit sterilisiertem Wasser gefüllt. Bei Herstellung des negativen Druckes steigt natürlich das Wasser innen, jedoch bleibt immer ein Wasserverschluß bestehen. Instrumente können durch das Wasser hin- und hergereicht werden. Man kann auch an den Boden innerhalb des Wassers noch einen kleinen drehbaren Teller anbringen, um durch Drehen des Tellers das Anreichen


Fig. 1. Fig. 2.

der Instrumente zu erleichtern. Um beschmutzte Instrumente nach außen zu reichen und neu zu sterilisieren, könnte ein zweiter derartiger Wasserverschluß notwendig werden.

Vereinfachen und verbilligen läßt sich die Sauerbruch'sche Kammer wohl auch dadurch, daß man den Wasserverschluß auch zur Abdichtung der Kammer selbst anwendet. Der Boden der Kammer besteht aus Blech, das seitlich in eine Rinne übergeht. Dach und Seitenwände der Kammer sind nicht mit dem Boden fest verbunden, sondern können über eine Rolle an der Decke hochgezogen und herabgelassen werden. Füllt man die Rinne mit Wasser und läßt die Kammer, so weit herunter, daß sie in einer kleinen Distanz vom Boden der Rinne aufsteht, so bedarf man keiner Türe und keiner besonders abgedichteten Öffnung für das Ventil und das Saugrohr, da beide Rohre durch das Wasser durchgeleitet werden können. Die Kammer kann aus Blech hergestellt werden, auch eignen sich durchsichtige Zelluloidplatten wohl dazu, die obere Hälfte der Kammer abzuschließen.

---

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

138. Sitzung am 14. März 1904.

Vorsitzender: Herr Körte.

Herr Nordmann: Magenresektion wegen bösartiger Geschwülste.

N. berichtet über 38 Resektionen des Pylorus aus dem Krankenhaus am Urban; die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste ergab 36mal Karzinom, 1mal Sarkom, 1mal Tuberkulose. Direkt nach der Operation endeten letal 16 = 42%. Von den 22 Geheilten leben noch 9, 1—5½ Jahre post oper.

Vorstellung dreier geheilter Fälle: 1) 55jähriger Mann, vor $4^1/_2$ Jahren Resektion nach Billroth II. Adenokarzinom. Drüsen vergrößert, aber frei von Metastasen. Pat. ist in gutem Ernährungszustand, ohne Beschwerden. — 2) 48jähriger Mann, vor $5^1/_2$ Jahren fast totale Magenresektion bei dem damals sehr elenden Pat. nach Billroth II; er befindet sich in vorzüglichem Kräftezustand. Am Präparate sitzt die Pylorusgeschwulst der Mucosa breit, pilzförmig auf; es handelt sich um ein Adenokarzinom, die atypischen Drüsenschläuche waren im Zentrum der Geschwulst bis in die Serosa vorgedrungen, am Rande war meist nur die Mucosa und Submucosa ergriffen. — 3) 37jährige Frau mit den Erscheinungen der Pylorusstenose, von Kachexie und einer walnußgroßen, beweglichen Geschwulst rechts vom Nabel. Die Operation (Resektion nach Billroth II mit Entfernung einiger kleiner Drüsen im kleinen Netz) erfolgte in der Annahme eines Karzinoms des Pylorus. Am Präparate bestand eine geschwulstartige Verdickung der Submucosa und kleine Schleimhautdefekte. Mikroskopisch fanden sich in der Submucosa typische Tuberkel mit Riesenzellen, in einzelnen Schnitten konnten Tuberkelbazillen nachgewiesen werden. Es handelte sich also um eine tuberkulöse Infiltration der Magenwand. Klinisch konnte sonst nirgends, weder zur Zeit der Operation noch jetzt, Tuberkulose nachgewiesen werden. Pat. ist seit 2 Jahren völlig gesund und gut genährt. N. ist der Ansicht, daß die Infektion durch per os aufgenommene Tuberkelbazillen erfolgt ist; im Magensafte fehlte vor der Operation die Salzsäure, Milchsäure war vorhanden.

Herr Körte stellt noch eine 58jährige Dame vor, welche er vor $4^1/_2$ Jahren nach Billroth I reseziert hat; eine Drüse im großen Netz wurde mitentfernt. Es erfolgte glatte Heilung; Pat. erfreut sich jetzt noch guter Gesundheit.

Herr Körte: Aneurysma arterio-venosum popliteale.

Der 13jährige Knabe war vor 3 Monaten mit einem Taschenmesser in die rechte Kniekehle gestochen worden; die Wunde war genäht worden. 8 Tage später Aufnahme ins Krankenhaus: man fühlte deutliches Schwirren und hörte ein sausendes Geräusch, synchron mit dem Radialpuls, das bis zur Leistenbeuge und bis zur Art. tibialis fortgeleitet wurde; es war keine aneurysmatische Geschwulst vorhanden. Zunächst Behandlung mit Hochlagerung und Kompression und Beseitigung eines Ekzems. 4 Wochen nach der Verletzung Operation unter Blutleere. Die Vene war an einer der Narbe entsprechenden Stelle verdickt; Arterie und Vene waren in etwa 6 mm Ausdehnung verwachsen. Trennung der Vereinigungsstelle und Naht der Arterie und der Vene mit feinsten Zwirnnähten. Lösung des Schlauches, leichte Kompression; keine Blutung. Naht der Haut. 3 Tage später mußten die Hautnähte wegen oberflächlicher Eiterung entfernt werden; von da an normaler Verlauf.

Herr Körte: Leberabszeß nach Perityphlitis.

Unter 16 klinisch beobachteten Fällen von Leberabszeß hat K. 6mal operiert mit 2 Heilungen; letztere betrafen auf lymphangitischem Weg entstandene Leberabszesse. Pylephlebitische Abszesse zu heilen, gelingt außerordentlich selten, da sie immer multipel sind. Die vorgestellte, seit ca. 6 Monaten geheilte 19jährige Pat. bildet davon eine Ausnahme. $2^1/_2$ Wochen vor der Aufnahme Perityphlitis; nach anfangs leichtem Verlaufe Verschlimmerung, Schüttelfröste, Fieber bis 40°. Im Krankenhause trat eine Vergrößerung und Druckempfindlichkeit der Leber hinzu; am Blinddarme war nichts mehr nachzuweisen. Probepunktion der Leber ohne Erfolg. Operation: Durch epigastrischen Schnitt Freilegung der Leber; es wurden an zwei Stellen im linken Leberlappen kleine Abszesse eröffnet, das Lebergewebe war eitrig infiltriert, morsch. Die Schüttelfröste hörten auf, aber das Fieber hielt noch wochenlang an. Reichliche Eiterung aus der Leberwunde. 4 Wochen später von der Wunde aus Eröffnung weiterer Abszesse und weitere 4 Wochen später perpleurale Eröffnung eines linksseitigen subphrenischen Abszesses; das Fieber läßt nach. Große Fetzen Lebergewebes stießen sich nekrotisch ab. Heilung.

b. Pancreatitis acuta.

K. stellt einen 45jährigen Mann vor, den er im akuten Stadium der Pankreatitis operiert hat. Es bestanden seit 3 Jahren Gallensteinkoliken; seit 5 Tagen erneute Erkrankung mit heftigen epigastrischen Schmerzen, Erbrechen, Ikterus, aufgetriebenem Leib; Epigastrium druckempfindlich, daselbst eine quer verlaufende undeutliche Resistenz. Diagnose: Cholecystitis, Pankreatitis, beginnende Peritonitis. Operation: Schrägschnitt durch den M. rectus. Fettgewebsnekrosen im präperitonealen Fett, im Netz und Mesenterium, blutig-seröse Flüssigkeit im Bauch. Eröffnung der Bursa omentalis; Pankreas geschwollen; Drainage. Weiter wurde durch einen Seitenschnitt nach rechts die Gallenblase freigelegt, sie enthielt trübe Galle, 894 Steine; Entfernung der Steine, Ausspülung und Drainage. Pat. erholt sich nach Salzwasserinfusion. Aus der Bursa om. reichliche Absonderung, Losstoßung von Gewebsfetzen. Der weitere Verlauf war durch eine Arrosionsblutung aus der Bursa om. gestört, die durch Tamponade gestillt werden konnte. Zucker wurde niemals im Urin gefunden. Das Drain aus der Gallenblase wurde 8 Tage nach der Operation entfernt. Die Fistel in der Mittellinie schloß sich langsam. Pat. befindet sich jetzt völlig wohl.

c. Karzinom der Gallenblase.

K. stellt eine 60jährige Pat. vor, bei der er vor 5 Jahren die karzinomatöse Gallenblase gelegentlich der Operation eines Gallenblasenempyems entfernt hat; außer mißfarbigem, kokken- und bakterienhaltigem Eiter enthielt die Gallenblase 66 Steine; aus der Innenwand ragte eine Geschwulst, bestehend aus zottigen, blumenkohlartigen Auswüchsen. Mikroskopisch zeigten die Wucherungen alveolären Bau; sie drangen tief in die Muscularis hinein. Cystektomie, Choledochusdrainage. Heilung. K. hat unter 31 klinisch behandelten Fällen von Karzinom das Zusammentreffen mit Cholelithiasis als gewöhnlich konstatiert, sowie die Neigung der karzinomatösen Gallenblasen zur Eiterung häufig gefunden. Die Diagnose ist, so lange keine Geschwulst zu fühlen ist, schwierig. Bei palpabler Geschwulst ist die Aussicht auf erfolgreiche Operation gering, am günstigsten noch beim infiltrierenden Karzinom. 11mal konnte nur eine Probelaparotomie gemacht werden. Bei 8 Fällen von Cystektomie trat unmittelbar nach der Operation kein Todesfall ein; 1 Pat. lebte 1 Jahr lang, 1 ist seit $2^1/_2$ Jahren gesund (infiltrierendes Karzinom), die vorgestellte seit 4 Jahren 10 Monaten. In der Literatur finden sich nur drei Fälle von Gallenblasenkarzinom, in denen die Pat. dauernd (Kümmell-Ringel, Wörner [3 Jahre]) geheilt worden sind oder längere Zeit nach der Operation gelebt haben (Hochenegg, 2 Jahre, dann Metastasen, Tod 3 Jahre post operationem).

Herr Voswinkel: Über Thorakoplastik.

In Ergänzung einer früheren Publikation über 6 Fälle von Thorakoplastik aus dem Krankenhaus am Urban erstattet V. Bericht über jetzt 19 Fälle bei 5 tuberkulösen, 4 metapneumonischen, 3 traumatischen Empyemen und 7 ohne sichere Ursache. Die Empyeme bestanden schon sehr lange und waren von der einfachen Rippenresektion durch Punktionen oder einfache Thorakozentese behandelt. Von 19 Operierten starben 6; alle übrigen wurden geheilt, darunter 5 mit kleiner Fistel. Bei allen hat sich die Lunge wieder ausgedehnt und nahm ausgiebig an der Atmung teil; Verbiegung der Wirbelsäule trat nicht in nennenswerter Weise ein, in einem Falle schwand sogar eine hochgradige Skoliose nach der Operation; die Bewegungsfähigkeit des gleichseitigen Armes hat kaum je gelitten, bedeutende Kraftleistungen konnten meist nicht mehr ausgeführt werden. Bei der Operation wird die Schnittführung nach Schede als die beste erachtet, da sie die Muskulatur am meisten schont und auch die größte Empyemhöhle freizulegen gestattet. Der Lappen wurde in die Wundhöhle hineingeschlagen, durch Naht fixiert und unter ihm drainiert. Bei Totalempyemen wurden die Rippen am Sternalende durchschnitten, dann nach hinten umgebogen, wobei sie dicht an ihrer Ansatzstelle an die Wirbelsäule abbrechen; Umstechung der Interkostalgefäße hinten und vorn; man kann auch die Pleuraschwarten mitsamt Rippen und Interkostalweichteilen mit der Rippenschere durchquetschen ohne nennenswerte Blutung.

Die Erfahrungen mit der Décortication nach Delorme ermutigten nicht zu weiteren Versuchen; manchmal war dieselbe sehr mühsam und blutig. Es genügen einige tiefe parallele Schnitte durch die Pleura pulm. bis auf das Lungengewebe. Von den 5 Pat. mit tuberkulösen Empyemen sind 4 gestorben; die Tuberkulose wird aber nicht als Gegenindikation angesehen; wie der eine geheilte Fall und andere aus der Literatur beweisen, ist die Operation nicht aussichtslos; zu erwägen ist natürlich in jedem Fall, ob die Ausdehnung der tuberkulösen Veränderungen und der Kräftezustand des Pat. es noch zulassen. — Vorstellung von geheilten Fällen.

Herr A. Frank: Über Lungenabszesse.

F. berichtet über 12 in den letzten 3 Jahren beobachtete Lungenabszesse aus dem Krankenhaus am Urban. Die Diagnose war auf Grund der physikalischen Phänomene, durch Nachweis von Lungenparenchymfetzen und zum Teil durch das Röntgenphotogramm gestellt worden. Bei 4 Fällen war bereits eine Perforation in die Pleura erfolgt, so daß bei der Operation nur für genügende Freilegung der Höhle zu sorgen war. Bei 8 Fällen war der Pleuraraum nicht infiziert; die Pleura mußte, soweit Verklebungen fehlten, im Bereich des zu erwartenden Lungenabszesses durch Catgutsteppnaht mit Hinterstichen gesichert werden. Der Lungenabszeß wurde — bis auf einen Fall — immer in derselben Sitzung nach voraufgegangener Punktion mit dem Thermokauter eröffnet. 7 Pat. sind geheilt, 5 gestorben (Todesursache 3mal eitrige Bronchitis und Pneumonie, 1mal Hirnabszeß, 1mal Ateminsuffiziens während der Inzision des Abszesses). Beim Inzidieren der Lunge mit dem Thermokauter trat nie eine nennenswerte Blutung auf, wohl aber häufig mit blutig putridem Auswurf bedrohliche Atemnot. — In zwei weiteren sub finem operierten Fällen jauchiger Empyeme konnte die Diagnose auf primären Lungenabszeß erst bei der Sektion gestellt werden.

Vorstellung von vier geheilten Kranken; Demonstration der Röntgenbilder.

Herr Nordmann stellt eine 54jährige Frau vor, bei der 2 Wochen nach der Herniotomie einer großen inkarzerierten Cruralhernie (Verschluß der Bruchpforte durch Göpel'sches Drahtnetz) sich eine Pneumonia catarrh. im linken Unterlappen entwickelte, welche in Abszedierung überging. Es gelang, den Herd über der 8. und 9. Rippe zu lokalisieren; Rippenresektion, Pneumotomie, Eröffnung eines eigroßen Lungenabszesses. Es folgte schnelle Erholung, das Sputum verschwand völlig; zurzeit besteht noch ein kleinfingerdicker, minimal sezernierender Gang. — Die Herniotomie war bei der Pat. reaktionslos geheilt; ein Rezidiv ist nicht erfolgt, das eingenähte Drahtnetz ist zu palpieren.

Herr Brentano: Otitische Sinusthrombose mit konsekutivem metastatischem Lungenabszeß.

B. operierte ein 21jähriges Mädchen 5 Wochen nach Otitis media d. wegen perisinuöser Eiterung mit Thrombose des Sinus transversus: Radikaloperation, Freilegung des Sinus transversus und Spaltung 4 cm weit ohne Blutung. Die benachbarte Dura des Kleinhirns war mißfarbig, eine Punktion des Kleinhirns negativ. Unterbindung der V. jugularis comm. unterhalb der V. facial. comm., Durchtrennung zwischen zwei Ligaturen. Tamponade der Wunden. Zunächst Abfall des Fiebers, dann neue Temperatursteigerung. Es wurde in der Folge die Eröffnung eines Glutaealabszesses und eines Abszesses an der Unterbindungsstelle der V. jug. comm. nötig. Weiter stellte sich eine Pleuritis sin. ein, zugleich entwickelte sich nach Gangrän der Dura ein walnußgroßer Kleinhirnvorfall. Abtragung des letzteren mit dem Thermokauter. Punktion der Brusthöhle ergab erst seröses, bakterienfreies Exsudat, später Eiter; die Eröffnung der Pleurahöhle mit Rippenresektion entleerte zunächst viel seröse Flüssigkeit und weiter einen Tassenkopf stinkenden Eiters, der aus einem in die Pleura durchgebrochenen, gänseeigroßen Lungenabszeß stammte. Nunmehr rasche Rückbildung des Kleinhirnprolapses. An der Brustwunde etablierte sich zunächst eine kleine Bronchialfistel, die sich nach einigen Wochen schloß. Vorstellung der geheilten Pat.

B. spricht sich für die präliminare Unterbindung der V. jugularis vor Ausräumung des thrombosierten Sinus aus, hält aber die einfache Unterbindung und Durchschneidung des Gefäßes oberhalb der Ligatur für richtiger als die Durchtrennung zwischen zwei Ligaturen. Etwaige Blutungen aus dem offenen peripheren Stumpfe stehen leicht auf Tamponade.

b. Entzündung und Perforation eines Meckel'schen Divertikels mit nachfolgender Peritonitis.

Der 21jährige Mann, der vor 4 Jahren an Blinddarmentzündung behandelt worden ist, war vor 4 Tagen wieder mit heftigen Leibschmerzen erkrankt und kam mit den Zeichen der diffusen Peritonitis ins Krankenhaus (Temperatur 37, Puls 92, Leukocyten 41 000). Operation: »Zunächst Schnitt am rechten Rectusrand, Wurmfortsatz intakt, im kleinen Becken kotiger Inhalt; zweiter Schnitt in der Mittellinie, Entleerung von $^1/_2$ Liter kotiger Flüssigkeit, Austrocknung des kleinen Beckens, teilweise Eventration der nur lose verklebten Dünndarmschlingen. Dabei kommt ein an seiner Basis in Ausdehnung von Kirschkerngröße perforiertes Meckel'sches Divertikel von über Hühnereigröße zum Vorschein. Abtragung desselben, Darmnaht. Drainage der Bauchhöhle durch beide Wunden; Sekundärnaht; Heilung. In dem Divertikel befand sich weder ein Kotstein noch ein Fremdkörper noch ein spezifisches tuberkulöses oder typhöses Geschwür.

Herr Frank: Ein Fall von Luxatio et fractura tali.

Die Verletzung ereignete sich bei einem 30jährigen Manne durch Umknicken des Fußes beim Springen; der Fuß stand in Varusstellung, der Talus war vollkommen um die Achse gedreht, die Artikulationsfläche mit der Tibia war unter dem Malleol. ext. zu fühlen. Repositionsversuche in Narkose waren erfolglos. Deshalb Operation: Der Talus war vollkommen aus seinen Verbindungen gelöst, saß nur lateral noch am Bandapparate fest; der Proc. posterior war abgesprengt, in Verbindung mit dem Calcaneus. Da sich die frakturierten Enden nicht aneinander bringen ließen, wurde die Exstirpatio tali gemacht. Weiterhin Behandlung mit Gipsverbänden. Vorstellung des geheilten Pat.; das Fußgewölbe ist gering abgeflacht, der Gang sicher. Demonstration der Röntgenbilder.

Herr Immelmann: Röntgenbilder bei Nierensteinen.

Mit der Albers-Schönberg'schen Kompressionsblende, welche Vortr. demonstriert, ist es möglich, in der größten Mehrzahl der Fälle Nierensteine durch Röntgenstrahlen nachzuweisen. Maßgebend ist der Unterschied in bezug auf das Atomgewicht der Weichteile und der Nierensteine. Am besten gelingt es, die Oxalate, dann die Phosphate und zuletzt die harnsauren Konkremente auf die Platte zu bringen. Vortr. zeigt im Kryptoskop zehn Röntgennegative, welche sämtlich Nierensteine aufweisen. Sämtliche Fälle sind von Prof. Israel operiert; die operierten Steine werden ebenfalls demonstriert. Die Gestalt der einzelnen Steine harmoniert mit dem betreffenden Schatten deutlich.

Richard Wolff (Berlin).

---

19) A. E. Stein. Über Kompressionsblenden bei Röntgenaufnahmen.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1904. Nr. 3.)

S. benutzt eine von Schönekatte & Co. in Wiesbaden hergestellte röhrenförmige Kompressionsblende, die im Prinzip der von Albers-Schönberg angegebenen ähnlich, jedoch bei weitem billiger ist und infolge verschiedener konstruktiver Neuerungen einen vollständig scharf begrenzten Bildkreis auf der Platte erzeugen, somit die Sekundärstrahlen vollkommen ausschalten soll.

Gutzeit (Neidenburg).

20) Hoffmann. Entstehung eines Hämatoms durch Zerreißung der Art. epigastrica inferior sinistra infolge Sprunges auf die Ferse.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1904. Hft. 2.)

Nach Fehlsprung auf die linke Ferse entstand bei einem Unteroffizier eine Anschwellung in der linken Leistenbeuge, die für ein Hämatom angesprochen

werden mußte. Da nach 3 Tagen leichtes Fieber eintrat, wurde parallel dem Poupart'schen Bande inzidiert und Eiter entleert. In die Abszeßhöhle hinein ragte von unten das 5 mm lange zentrale Ende der Art. epigastric. infer., während das periphere Ende in der oberen Wand der Höhle lag. Beide Enden waren durch einen weißen Thrombus verschlossen. **Herhold** (Altona).

21) **Abel.** Zur Kasuistik intraperitonealer Verletzungen.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1904. Hft. 2.)

Fall I: Stichverletzung mit einem Küchenmesser in die linke Bauchseite, 6 cm seitlich vom Nabel. 20 Stunden nach der Verletzung Laparotomie, bei welcher eine Durchtrennung der vorderen Magenwand, ohne daß Mageninhalt in die Bauchhöhle gelangt war, angetroffen wurde; ferner war der linke Leberlappen in seiner ganzen Dicke durchbohrt, Ein- und Ausstich desselben durch Blutgerinnsel verschlossen. Naht der Magenwunde, Tampon auf die nicht blutenden Leberwunden. Ausgang in Heilung, nachdem eine vorübergehende Thrombosierung beider Schenkelvenen eingetreten war.

Fall II. Hufschlag gegen die rechte Bauchseite. 21 Stunden nach der Verletzung Laparotomie. Im Dünndarme, 40 cm oberhalb des Blinddarmes, ein 2 cm im Durchmesser haltendes Loch; Darmwand gequetscht, daher Resektion des durchlochten Darmstückes. Reinigung der Bauchhöhle von dem eingedrungenen Kote. Tod 22 Stunden nach der Laparotomie an eitriger Bauchfellentzündung.

Fall III. Hufschlag gegen die Mitte des Unterleibes. 4 Stunden nach der Verletzung Laparotomie. 150 cm unterhalb des Duodenums ein 4 cm langer, 1 cm weit klaffender Riß; Speisebrei in der Bauchhöhle. Resektion des durchlochten Stückes, Vereinigung mit Murphyknopf, Ausgang in Heilung.

Fall IV. Hufschlag gegen die Oberbauchgegend. Zunächst keine peritonitischen Erscheinungen, welche erst nach Ablauf von 2 × 24 Stunden eintraten und die Laparotomie erforderten. Riß am Fundus der Gallenblase, galliger Inhalt in der Bauchhöhle. Resektion der Gallenblase. Tod nach 24 Stunden durch septische Bauchfellentzündung. Verf. weist auf die Schwierigkeit hin, eine subkutane Zerreißung der Gallenblase rechtzeitig zu erkennen.

Herhold (Altona).

22) **Oberländer** (Köln a. Rh.). Über die Vorteile der vaginalen Bauchhöhlendrainage.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. L. Hft. 3.)

Angeregt durch die Olshausen'sche Arbeit: »Wider die Bauchhöhlendrainage« läßt Orthmann in obiger Arbeit sein Laparotomiematerial vom 1. April 1899 bis 1. April 1902 zusammenstellen. Bei 192 abdominalen Operationen ist 39mal, also in 20,3%, die Tamponade ausgeführt worden. 2 von den 39 Frauen starben. O. führt die Tamponade aus zur Stillung parenchymatöser Flächenblutung (hierbei in aseptischen Fällen mit steriler Gaze), sowie ferner zur Drainage nach eitrigen Operationen, wenn Eiter sich in die Bauchhöhle ergoß, ferner bei bestehender oder drohender Darmperforation. Unter den 39 Fällen handelte es sich 25mal um eitrige Adnexgeschwülste, 6mal um Tubenschwangerschaft (!), 7mal um komplizierte Geschwülste, 1mal um beginnende Peritonitis mit Darmverletzung nach Uterusperforation. O. drainiert oder tamponiert die betreffende Wund- resp. Eiterhöhle durch den Douglas nach der von oben eröffneten Scheide zu, durch welche die (Jodoform-) Gaze nach außen geleitet wird. Die Laparotomiewunde wird primär geschlossen. **Kroemer** (Gießen).

23) **Le Clerc.** Appendicite à marche anormale. Phlébite iliaque latente. Mort subite par embolie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 490.)

24) **Jalaguier.** Embolie dans l'appendicite.

(Ibid. p. 522.)

Die einzigen Zeichen, die die 44jährige Pat. in den ersten 15 Tagen nach einer leichten Verdauungsstörung darbot, bestanden in heftigen Schmerzen in der

rechten Lendengegend. Dann erst traten einmal Erbrechen und Durchfälle auf, und 2 Tage später das klassische Bild der Appendicitis. Nachdem sich der Verlauf anscheinend definitiv zum guten gewandt hatte, erfolgte plötzlich, 4 Wochen nach Beginn der Krankheit, der Tod an Lungenembolie.

In der Diskussion teilt J. mit, daß er binnen 14 Tagen drei Fälle von Lungenembolie nach Appendicitisoperationen gesehen habe, während er bei hunderten von Fällen von Appendicitis vorher nie einen Fall von Embolie gesehen habe. Er vermutet als Ursache der Embolie bezw. der vorausgehenden Phlebitis und Thrombose eine besondere Art der Infektion, welche vielleicht auch die Schwere der zur gleichen Zeit in Paris von verschiedenen Ärzten beobachteten Erkrankungen an Appendicitis erklären könne. **Reichel** (Chemnitz).

25) **F. Dennis.** The mortality of appendicitis.

(Med. news 1904. Januar 9.)

D. steht auf dem Standpunkt, unverzüglich zu operieren, wenn die Erkrankung innerhalb 36 Stunden keine deutliche Besserung zeigt. Bei leichtem Verlaufe des Anfalles bevorzugt er die Intervalloperation. In 119 von ihm intern oder operativ behandelten Fällen war die Gesamtmortalität $1^1/_2$%. Von den im Intervall Operierten starb keiner. Mortalität der perforativen Epityphlitiden = 7%. Auffallend günstig verliefen die gangränösen Formen mit allgemeiner Peritonitis: sämtliche 11 Fälle kamen zur Heilung. Ihre Behandlung bestand in breiter Eröffnung, reichlicher Kochsalzspülung und Drainage. Indessen läßt Verf. im Gegensatze zu den herrschenden Anschauungen der Kochsalzspülung eine »Desinfektion«, erst mit $^1/_2$‰iger Sublimatlösung, dann mit Wasserstoffsuperoxyd voraufgehen. **Kleinschmidt** (Charlottenburg).

26) **Quénu.** Torsion intra-abdominale sus-herniaire de l'épiploon.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 520.)

Bei Operation eines Einklemmungserscheinungen bietenden, irreponiblen, faustgroßen Leistenbruches sah sich Q. genötigt, da das Netz, soweit es sich durch den Bauchschnitt vorziehen ließ, schwer verändert, blutig infarziert war, den Schnitt zum ausgedehnten Laparotomieschnitt zu erweitern. Jetzt fand er als Ursache der Veränderungen eine hoch im Bauche gelegene Torsion des Netzes um seine Achse in zwei von links nach rechts laufenden Umdrehungen. Resektion des Netzes. Radikaloperation. Heilung. — Bisher wurden erst ca. 20 Fälle von intraabdominaler Torsion des großen Netzes veröffentlicht.

Reichel (Chemnitz).

27) **Hirsch.** Über ein Magendivertikel.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIV. p. 576.)

Verf. beschreibt ein taubeneigroßes Pulsionsdivertikel, in dessen Wand alle Schichten, außer der Muscularis vorhanden waren. Seinen Sitz hatte es 4 cm von der Cardia entfernt an der großen Kurvatur, mehr der hinteren als der vorderen Wand angehörend. Die Eingangsöffnung erschien tabaksbeutelförmig eingeschnürt. Die Schleimhaut des Blindsackes war vollkommen glatt, ebenso der Serosaüberzug.

Die Entstehung dieses Gebildes ist dunkel. Die Vermehrung des Bindegewebes und die dilatierten Blutgefäße weisen nach der Ansicht des Verf. auf analoge Fälle bei den Dünndarmdivertikeln hin, die immer an Stellen auftreten, wo größere Blutgefäße aus dem Mesenterium in den Darm übertreten.

Fertig (Göttingen).

28) **Alessandri.** Über einen Fall von gestieltem Magensarkom nebst Bemerkungen über einige Bindegewebsgeschwülste des Magens.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 4.)

Bei einer 56jährigen Frau wurde ein kindskopfgroßes Spindelzellensarkom exstirpiert, welches nahe der großen Kurvatur vom Magen ausging und sich in

das Ligamentum gastrocolicum entwickelt hatte; ein fünfmarkstückgroßes Stück Magenwand mußte mit entfernt werden. Magenbeschwerden hatten nicht bestanden. Tod am 13. Tage an Erschöpfung.

Im Anschluß daran gibt A. eine Übersicht über die publisierten Bindegewebsgeschwülste des Magens: Sarkome, Lymphosarkome, Myome, Fibromyome und Mischgeschwülste. Sarkome fand A. 19 in der Literatur; dieselben werden auszugsweise mitgeteilt, nachdem vorher das klinische Bild der Magensarkome ausführlich dargestellt worden. **Haeckel** (Stettin).

29) **Marion.** Gastrostomie pratiquée dans le but de supprimer momentanément le passage des aliments au niveau d'une ulcération tuberculeuse du voile du palais. — Rapport de M. Schwartz.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 425.)

Der 44jährige Pat. litt an einer ziemlich rasch fortschreitenden Ulzeration der rechten Gaumenhälfte. Eine kurze Behandlung mit subkutanen Injektionen von Jodquecksilber hatte keinen Erfolg. Der Nachweis des Koch'schen Tuberkelbasillus im Niveau des Geschwürs ließ die Diagnose auf Tuberkulose stellen. Binnen 2 Monaten hatte die Ulzeration die ganze seitliche Partie des Rachens von der Rosenmüller'schen Grube bis zum oberen Abschnitte des Kehlkopfes ergriffen. Wegen der lebhaften Schmerzen und Schlingbeschwerden Gastrotomie, nach der rasche Heilung und Gewichtszunahme eintraten.

Wohl mit Recht bezweifelt der Berichterstatter Schwartz die tuberkulöse Natur des Geschwürs und nimmt Syphilis an. Auch wirft er Marion vor, nicht vor dem operativen Eingriffe die unschädliche und den gleichen Zweck erfüllende Ernährung mit der durch die Nase eingeführten Schlundsonde versucht zu haben. **Reichel** (Chemnitz).

30) **F. M. Caird.** Enterectomy for tuberculous stricture of the intestine.

(Scottish med. and surg. journ. 1904. p. 20.)

Verf. beschreibt 11 wegen tuberkulöser Darmstriktur operierte Fälle unter Beigabe guter Abbildungen der gewonnenen Präparate. 7 Pat. genasen, 4 starben. 1mal entstand eine Kotfistel. **M. v. Brunn** (Tübingen).

31) **Diliberti-Herbin.** Sulle estese resezioni dell' intestino tenue.

(Gazz. med. italiana 1903. Nr. 4.)

D. stellt 28 Fälle zusammen, in welchen 1—3 m, und 5, in welchen 3—5,20 m Dünndarm reseziert worden waren; nur in einem einzigen kam es zum Tod infolge von Inanition, sonst nur zu unvollkommener Ausnutzung der Nahrung; bei Entfernung von mehr als 2 m müssen gewisse diätetische Maßregeln beobachtet werden, um Diarrhöe zu verhüten. Es macht aber einen Unterschied aus, ob Dünndarmteile, die vorher in voller Funktion standen (wie bei Einklemmung und Gangrän) oder die vorher infolge chronischer Erkrankung bereits funktionsuntüchtig waren, entfernt werden. Auch muß die nach Individuen und Rassen wechselnde Gesamtlänge des Darmes in Rechnung gezogen werden. Je nachdem bedeutet 3 m mehr oder weniger als die Hälfte.

An Hunden, denen er den halben Dünndarm reseziert hatte, stellte D. genaue Stoffwechselversuche an. Die Operation verursacht anfangs eine beträchtliche Störung der Fett- und Stickstoffausnutzung, die sich aber allmählich verringert. Die mangelhafte Fettresorption macht sich besonders bei Entfernung des Jejunum bemerkbar. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

32) **Walther.** Fistule intestino-vésicale. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 312.)

Die von W. mitgeteilte Krankengeschichte demonstriert die Schwierigkeiten, welche sich in der Regel der Behandlung der Darm-Blasenfisteln entgegenstellen.

Im mitgeteilten Falle war die Fistel nach einer eitrigen Peritonitis entstanden. Bei der Laparotomie traf W. auf eine unentwirrbare Masse, die Uterus nebst Adnexen, Blase und Darmschlingen umfaßte. Mühsam gelang es bei der ersten Operation im Februar 1901, den Uterus stückweise zu entfernen, die Blase freizumachen und in eine kleine, mit Granulationen ausgekleidete Höhle in der Tiefe des kleinen Beckens vorzudringen, die ein Zwischenstück zwischen Blase und Darm zu bilden schien; ihre Mündung in Blase oder Darm wurde nicht gefunden. Durch Drainage und Tamponade erreichte W., daß der Kot in der Folgezeit sich durch das Drainrohr nach außen entleerte und der Urin klar wurde. Als die Drainöffnung sich aber verengte, stellte sich der alte Zustand wieder her. Eine doppelseitige Thrombophlebitis der Beine kompliziert das Rezidiv. Nachdem diese geheilt war und durch Erweiterung des Fistelganges und neue Drainage der Zustand der Kranken sich wieder gebessert hatte, machte W. im Dezember 1902 einen neuen Versuch, die Fistelmündung in dem Darme zu finden und zu schließen. Wieder gelangte er nach mühsamem Trennen der Verwachsungen in eine Höhle im kleinen Becken, die unten in den Darm mündete, konnte aber wegen der Verwachsungen an eine Naht nicht denken. Außerdem fand er höher oben ein großes Loch in einer Darmschlinge. Dieses durch Naht zu schließen, war wegen Brüchigkeit der Gewebe ausgeschlossen. W. durchtrennte deshalb den Darm an dieser Stelle quer, machte das obere Ende auf 5—6 cm frei und invaginierte es in das untere Ende, nachdem er dessen Schleimhaut in einer Höhe von 2 cm mit der Schere abgetragen hatte. Catgutnähte sicherten die Invagination. Im übrigen drainierte und tamponierte er die Bauchhöhle. Nach 3 Tagen entleerte sich Kot aus der Wunde. Dieser Kotabfluß verminderte sich indes allmählich, und schließlich erfolgte vollständige Heilung.

In der Diskussion berichteten Pierre Delbet und Tuffier ähnliche Fälle. Bazy betont, daß man in Fällen von Blasen-Darmfisteln nicht von der Blase, sondern stets von der Bauchhöhle aus den operativen Schluß der Fistel versuchen solle. Terrier rät zur provisorischen Anlegung eines Kunstafters.

Reichel (Chemnitz).

33) **Reinbach.** Hämorrhoiden im Kindesalter, zugleich ein weiterer Beitrag zur pathologischen Anatomie dieses Leidens.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 2 u. 3.)

Während bisher Hämorrhoiden fast als ausschließliche Erkrankung der Erwachsenen angesehen wurden und in der Literatur Notizen über Hämorrhoiden bei Kindern äußerst spärlich sind, führt R. vier Beobachtungen von dieser Veränderung bei Kindern auf; sie betrafen Kinder von 7 Wochen, 3½, 8 und 14 Jahren. Besonders wichtig ist das Präparat, welches von dem 3½jährigen Kinde durch Exstirpation gewonnen wurde; es bestätigt die von R. schon früher entwickelte Ansicht, daß die Hämorrhoiden nicht einfach auf Dilatation der Venen am Anus, also nicht auf Stauungsvorgängen beruhen, sondern echte Angiome sind. Hatte R. diese seine Ansicht bisher nur an Präparaten von Erwachsenen beweisen können, so ist es die wertvolle Ausfüllung einer Lücke, wenn er sie nun auch an einem Präparate vom Kinde erhärten kann. **Haeckel** (Stettin).

34) **F. Bayer.** Statistisches über Splenektomie und Mitteilung eines Falles von Milzexstirpation wegen idiopathischer Hypertrophie. (Aus der chir. Abt. des Krankenhauses Forst zu Aachen. Dir. Arzt Dr. Longard.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 3.)

Die exstirpierte Milz wog fast 2½ kg und hatte eine Länge von über 25 cm; vor der Operation bestand auffallenderweise eine beträchtliche Verminderung der Leukocyten, die sich nach ihr rasch ums 6fache vermehrten, dann wieder etwas verminderten, um 2 Monate später abermals eine erhebliche Zunahme zu

zeigen. — Die vom Verf. ergänzte Statistik Bessel-Hagen's zeigt wiederum ein Sinken der Sterblichkeitsziffer nach der Totalexstirpation der Milz, und zwar von 26,3 % auf 21,2 % — eine Tatsache, die sich auch bei Detaillierung der Fälle nach der zugrunde liegenden Erkrankung feststellen läßt.

Kramer (Glogau).

35) Hall and Brazill. Cystadenoma of aberrant bile ducts in a young child.

(Med. chronicle 1904. Januar.)

Die Geschwulst wurde durch Obduktion bei einem 6jährigen Mädchen gewonnen. Sie saß der Unterfläche des rechten Leberlappens auf und bestand aus einer großen und zahlreichen kleinen Cysten mit cholestearin- und mucinreichem Inhalte. Die Leber selbst war frei von cystischen Dilatationen. Vom rechten Aste des Ductus hepaticus gingen einige Abzweigungen in die Geschwulstkapsel über. Verff. sind der Ansicht, daß die Neubildung ihren Ursprung von versprengten Gallengängen genommen hat. **Kleinschmidt** (Charlottenburg).

36) H. Delagénière (Mans). Hépaticotomie pour calculs; extraction de deux calculs du canal hépatique; suture du canal; drainage par les voies biliaires accessoires; guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 309.)

Den wenigen bisher veröffentlichten Fällen von Hepatikotomie, d. h. der Inzision des Ductus hepaticus behufs Entfernung von Steinen, fügt Verf. einen neuen Fall hinzu. Die Steine saßen fest im Hilus der Leber. Ihren Sitz bestimmte D. sicher in der Weise, daß er die Gallenblase und den Ductus cysticus in ganzer Länge spaltete — ein von ihm häufig erprobtes und empfohlenes Verfahren, das er »Voie endocholécystique« nennt — und den Ductus choledochus abwärts sondierte; dieser war frei. Er schnitt nun direkt auf den im Ductus hepaticus gefühlten Stein ein; erst nach seiner Entfernung fand er einen zweiten Stein, dessen Extraktion schwieriger war; beide lagen in einer ampullenartigen Erweiterung des Ganges. Darauf schloß D. die Wunde des Hepaticus, vernähte die Inzision der Gallenblase und des Ductus cysticus nach Einlegung eines Drains in die Gallenblase und tamponierte ringsum mit Jodoformgaze. Es erfolgte ungestörte Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

37) Bernhardt. Schußverletzung des Pankreas und akute hämorrhagische Pankreatitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904. Nr. 3.)

1) Ca. 30jährige Pat. jagte sich eine Kugel in die Herzgrube. Bei der 3 Stunden später erfolgten Aufnahme in die v. Bergmann'sche Klinik große Blässe, aber guter Puls. Wegen zweifelhaften Befundes wird vom Verf. 1/2 Stunden später die Laparotomie gemacht in der Annahme einer penetrierenden Bauchverletzung. Beim Anheben von Magen und Kolon heftige Blutung, als deren Quelle die zerissenen Vasa lienalia erkannt werden. Das Geschoß sitzt im Pankreasschwanz; Blutung aus der Bauchspeicheldrüse mäßig; Umstechung. Unterbindung der Milzgefäße. Pankreas und seine Umgebung wird mit Gaze fest tamponiert, 2 Schußwunden durch Seidenknopfnähte geschlossen, außerdem Tamponade. Pat. wurde nach 13 Wochen geheilt entlassen, nachdem ein subphrenischer Abszeß durch Drainage zur Ausheilung gebracht war und sich nekrotisches Gewebe ausgestoßen hatte (Pankreassequester?).

Nach B. ist dieser Fall der erste, der trotz Verletzung der Vasa lienalia durchgekommen ist. In Anschluß an ihn gibt Verf. den Rat, es sich bei der großen Gefahr, welche eine Verletzung der Bauchspeicheldrüse mit sich bringt, zur Pflicht zu machen, in jedem Falle von penetrierender Verletzung, wie den Magen-Darmkanal, so auch das Pankreas abzusuchen; denn selbst nach Eröffnung

der Bauchhöhle kann eine Pankreasverletzung übersehen werden, weil dieselbe nicht immer eine starke Blutung zur Folge zu haben braucht.

Die Naht der Pankreaswunde allein hält B. für eine unsichere Methode der Wundbehandlung; der Gefahr der Gewebsnekrose durch ausfließenden Pankreassaft muß durch Tamponade der Pankreaswunde und ihrer Umgebung vorgebeugt werden.

2) Auf den Vorschlag von Hahn, bei hämorrhagischer Pankreatitis den Leib durch einen kleinen Schnitt zu öffnen, das Exsudat abzulassen und die Bauchhöhle zu drainieren, sind einige Fälle erfolgreich operiert und publiziert; über Mißerfolge ist nichts berichtet; deshalb teilt B. eine solche Operation mit tödlichem Ausgang mit.

63jähriger fettleibiger Mann ist 2 Tage vor der Aufnahme unter gewaltigen Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen und Verstopfung erkrankt. Pat. stark kollabiert, cyanotisch, Leib aufgetrieben. Puls voll, nur mäßig beschleunigt. Am nur in mäßigem Grade druckempfindlichen Bauch läßt sich in den abhängigen Partien Dämpfung nachweisen. Diagnose: subakuter Ileus. — Nach Eröffnung der Bauchhöhle stürzen mehrere Liter einer hämmorrhagischen Flüssigkeit hervor. Ausgedehnte Fettgewebsnekrose. Drainage durch Jodoformgaze. Tod. Bei der Sektion fand sich das ganze Pankreas durch Blutung fast vollkommen zertrümmert.

B. zieht aus diesem Falle den Schluß, daß man in den schwersten Fällen mit der Laparotomie nichts anderes erreichen wird, als eine Beschleunigung des tödlichen Ausganges, in den leichteren mit der Hahn'schen Operation wohl Nutzen stiften kann. Der Allgemeinzustand des Pat. hat zu entscheiden, ob man ihm noch ein Mehr zumuten darf. **Langemak** (Erfurt).

38) **Schmidt.** Schrotschuß und Wundstarrkrampf.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 9.)

In der Breslauer Klinik kamen zwei Fälle von Schußverletzungen mit der Schrotladung einer kleinen Taschenpistole zur Beobachtung, in denen der Patronenpfropf mit eingedrungen war. Beidemal trat Tetanus ein, denen die Pat. trotz Antitoxin erlagen. Bei Einimpfung der Patronenpfröpfe erlagen die Versuchstiere an Tetanus. Ebenso konnte bei Einimpfung der von den Fabriken erhaltenen Patronenpfröpfe typischer Tetanus der Versuchstiere erzeugt werden. Wieder Beweise dafür, daß die Schußverletzungen, in welchen Teile der Pfröpfe mit eingedrungen sind, einer besonderen Berücksichtigung bedürfen.

Borchard (Posen).

38) **Tourneau.** Drei Fälle von Tetanus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 10.)

In zwei der Fälle kam Behring'sches Serum zur Anwendung mit negativem Erfolg, obgleich die Einspritzung einmal 12 Stunden, das andere Mal 8 Stunden nach Auftreten der ersten Erscheinungen erfolgte. Der Tod erfolgte 3—5 Tage nach Ausbruch des Tetanus. Im ersten Falle handelte es sich um eine eiternde Schußwunde, im zweiten Falle traten nach einer Hernienradikaloperation bei primärer Wundheilung am 9. Tage die Erscheinungen des Tetanus ein, im dritten Falle — Verletzung durch einen rostigen Nagel — betrug die Inkubationszeit nur 24 Stunden, und 3 Tage nach der Verletzung trat der Tod ein.

T. glaubt, daß bei ausgebrochenem Tetanus die Anwendung des Antitoxins keinen Einfluß zu gunsten der Heilung ausübt. **Borchard** (Posen).

40) **Hellwig.** Zur Serumtherapie des Tetanus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 7.)

Bericht über zwei Fälle von Tetanus, die mit Antitoxin behandelt wurden. Es trat in beiden Fällen Heilung ein. Der erste Fall (Inkubationszeit 9 Tage) machte einen sehr schweren Eindruck. Die erste Injektion wurde am 3. Krankheitstage vorgenommen. Im ganzen vier Injektionen von je 100 Antitoxineinheiten.

Trotzdem der Giftträger im Körper blieb, erfolgte Heilung. Der zweite Fall war leichter Art.

Nach Ansicht des Verf. scheint das Antitoxin imstande zu sein, Tetanustoxine zu neutralisieren, die aus einem im Körper noch vorhandenen Giftherd produziert werden. Er glaubt darin eine Aufforderung zu sehen, das Antitoxin immer in Anwendung zu bringen. **Borchard** (Posen).

41) **C. S. Wallace.** Four cases of tetanus treated by injections of antitoxin into the spinal theca.

(Lancet 1904. März 5.)

Verf. berichtet über vier Fälle von teils akutem, teils mehr subakutem Tetanus von einer Inkubationszeit von 3—11 Tagen, die zum Teil in sehr schwerer Form auftraten, und die er im St. Thomas-Hospital mit spinalen Seruminjektionen behandelte. Drei der Pat. genasen, einer starb, und zwar der, dessen Infektion 6 Tage zurücklag. Natürlich wurde neben der spezifischen auch die lokale Wundbehandlung von vornherein energisch durchgeführt.

H. Ebbinghaus (Berlin).

42) **Wright.** Notes on the treatment of neuralgia by injection of osmic acid.

(Med. chronicle 1904. Februar.)

Nach dem Vorgange von Bennett injiziert Verf. die $1\frac{1}{2}$—2%ige Osmiumsäurelösung in den vorher freigelegten Nervenstamm. Meist genügt die einmalige Injektion. Bei elf in dieser Weise behandelten Fällen von Neuralgien verschiedenen Sitzes hat sich das Verfahren als ungefährlich und so wirksam erwiesen, daß Verf. seine ausgedehntere Anwendung empfehlen zu können meint.

Kleinschmidt (Charlottenburg).

Gussenbauer-Denkmal-Fonds Obervellach.

Die Marktgemeinde Obervellach in Kärnten gedenkt ihrem berühmten Sohne und größten Wohltäter, dem während seiner Amtswirksamkeit als Rektor der Wiener Universität am 19. Juni 1903 verstorbenen k. k. Hofrate Professor Dr. Karl Gussenbauer, als Zeichen ihrer Verehrung und Dankbarkeit ein Denkmal zu errichten. Die Erinnerung an den Unvergeßlichen, welcher der Stolz seiner Landsleute war und der zum Glücke so Vieler gewirkt hat, soll den Nachkommen überliefert und in ihnen wach erhalten werden.

Die Ortsgemeinde, welche durch den Rückgang des Bergbaues und der Industrie, sowie durch verheerende Elementarereignisse an ihrem einstigen Wohlstande arge Einbuße erlitten hat, ist nicht im Besitze jener Mittel, welche nötig sind, um allein ein des Verewigten würdiges Monument zu bauen. Der ergebenst gefertigte Bürgermeister wendet sich im Namen der Gemeinde und im Vereine mit den Unterzeichneten an die Verehrer, Freunde und Schüler Gussenbauer's mit der Bitte, die Marktgemeinde Obervellach in der Ausführung ihres Herzenswunsches unterstützen zu wollen.

Peter Walter, *Bürgermeister, Obervellach*
und viele Freunde und Schüler Gussenbauer's.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 19. **Sonnabend, den 14. Mai.** **1904.**

I.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Josephshospitals zu Köln-Kalk.)

Zur Radikaloperation der Leistenhernien mittels der Peritonealverschlufsmethode.

Von

Oberarzt Dr. C. Hofmann.

Die bisherigen Methoden der Radikaloperation der Leistenhernien machten es sich zur Aufgabe, den äußeren Leistenring zu schließen

bezw. zu verkleinern (Pfeilernahtmethoden) oder, wenn sie weitergingen, durch eine sog. Kanalnaht den Leistenkanal wieder herzustellen (Kanalnahtmethoden); das alles, nachdem der Bruchsack in mehr oder minder unvollkommener Weise abgetragen oder selbst gar als plastisches Kissen benutzt worden war. So sicher nun die Methoden, welche der Abtragung des Bruchsackes eine gute Kanalnaht folgen lassen, denjenigen überlegen sind, die sich lediglich im Prinzip mit dem Schließen des äußeren Leistenringes begnügen, ebenso sicher ist es aber, daß auch die Kanalnahtmethoden, gleichgültig ob mit oder ohne Verlagerung des Samenstranges, den wichtigen Übergang des Bruchsackhalses in das parietale Peritoneum und den inneren Leistenring unberücksichtigt lassen, Faktoren, die aber eine weitgehendere Beachtung verdienen.

In einer Mitteilung in diesem Zentralblatt 1903 Nr. 43 (»Zur Radikaloperation der Leistenhernien mit besonderer Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse«) habe ich darauf hingewiesen, daß der durch die Operation erreichte Zustand der Innenseite der Bauchwand für die Beurteilung, ob der Bruch nun wirklich beseitigt sei oder nicht, maßgebend sein müsse. Mit anderen Worten, ich habe dort gesagt, daß, wenn man sich (nach der Operation) von innen her die Bauchwand betrachten könnte, normale Verhältnisse im Verhalten des Peritoneums durch Herstellung der sonst vorhandenen Fovea inguinalis interna an Stelle der zum Bruchsack führenden weiten, trichterförmigen Öffnung geschaffen sein müßten. Man erreicht dies in der Tat auch dadurch, daß man den Bruchsack bis zum Übergang in das parietale Peritoneum gut freilegt und nun hier erst den Abschluß an dem deutlich ausgeprägten Übergangsring vom Bruchsackhals zum parietalen Peritoneum durch eine nach Eröffnung und Spaltung des Bruchsackes innen angelegte Tabaksbeutelnaht herstellt: also ein Peritonealverschluß nach dem man zweckmäßigerweise das Verfahren als Peritonealverschlußmethode benennt. Hat man den mehrfach längs gespaltenen Bruchsack durch Klemmen gut angezogen gehabt, so spannt sich nach dem Abbinden und Abtragen des Bruchsackes das parietale Peritoneum flächenartig mit einer kleinen knopfförmigen Vorwölbung nach außen an der Abbindungsstelle vor dem inneren Leistenring aus. Macht man die Operation mit lokaler Anästhesie und läßt jetzt den Pat. husten, dann dehnt sich die peritoneale Wand wohl, es gibt aber keine trichterförmige Ausstülpung mehr, wie es bei jeder Abtragung im Bereiche des Bruchsackhalses der Fall ist und sein muß, da hier ein kleiner, sofort ausstülpbarer Peritonealtrichter bestehen bleibt.

Nach unserer Methode ist also mit dem Peritonealverschluß der Bruch als solcher beseitigt; und es erübrigt nur noch diesem Verschluß eine einfache, aber sichere Stütze zu geben. Beim Wegnehmen der Wundhaken legen sich die Wandungen des Leistenkanals von selbst aneinander und ich glaube fast annehmen zu

können, daß in vielen Fällen ohne jede Naht im Bereiche des Leistenkanals und des äußeren Leistenringes bei 2—3 wöchiger Bettruhe eine zur Stütze für das Peritoneum und zur Verhütung des Rezidivs genügend starke Narbe entstehen würde. Immerhin wird man sich nicht darauf verlassen, da die Narbe manchmal dehnungsfähig bleiben könnte und dann einer durch den intraabdominellen Druck allmählich entstehenden, erneuten bruchsackartigen Ausstülpung des Peritoneums nicht genügenden Halt entgegensetzen würde. Deshalb habe ich im zweiten Hauptakte der Operationsmethode vor den Peritonealabschluß eine Stütznaht aus Draht gelegt, und zwar in der Weise, daß der Obliquus internus, die Fascia transversa (zwischen den auseinandergewichenen Gebilden des Samenstranges[1]) und das evertierte Leistenband in eine Ringnaht gefaßt und aneinandergebracht werden. Eine Abschnürung des Samenstranges ist dabei unmöglich, da er bei der tatsächlichen Verschmächtigung an dieser Stelle und dem Auseinandertreten seiner Gebilde keinen einheitlichen Strang mehr bildet und so ein Einbeziehen der Fascia transversa in die Stütznaht zwischen den einzelnen Teilen gestattet.

Durch diese Stütznaht aus Draht wird nicht nur ein Widerlager gegen den intraabdominellen Druck, sondern auch eine Beseitigung des offen gebliebenen inneren Leistenringes geschaffen. Nur an zwei oder drei kleinen isolierten Unterbrechungen treten die Venenstämmchen des Plexus pampiniformis und das Vas deferens am Boden des Leistenkanals hindurch, während die Art. spermat. ext., von der Art. epigast. inf. kommend, medialwärts erst an den Funiculus herantritt.

Wie man sich weiterhin bei der Operation dem Leistenkanal gegenüber verhalten will, halte ich für belanglos; ob man ihn nach Bassini oder nach Ferguson[2] vernäht, ob man ihn in günstigen Fällen gar nicht schließt oder, wie ich es gewöhnlich mache, die Wände mit 2—3 Nähten aneinander bringt, das kann dem Gutdünken des einzelnen überlassen bleiben. Die Kanalnaht ist jedenfalls kein integrierender Bestandteil der geschilderten Methode und die Frage, ob man den Samenstrang verlagern soll oder nicht, löst sich von selbst, da die Radikaloperation schon gemacht ist, bevor man mit ihm als Ganzes zu tun hat.

So sehr auch das Bestreben besteht, bei der Operation die normalen anatomischen Verhältnisse im Bereiche des Peritoneums und des inneren Leistenringes herzustellen,

---

[1] Gegenbaur schreibt darüber in seinem bekannten Lehrbuche der Anatomie: »Am inneren Leistenringe treten die aus dem Scrotum aufsteigenden, den Körper des Samenstranges zusammensetzenden Gefäße auseinander, nachdem schon vorher die Hüllen des Samenstranges an die ihnen zugehörigen Teile getreten sind«. Von diesem Verhalten kann man sich bei jeder Operation überzeugen.

[2] A. H. Ferguson (Chicago). A typical operation for the radical cure of oblique inguinal hernia and atypical ones. Journ. of the amer. med. assoc. 1899. Juli 1. Vgl. auch Referat Zentralblatt für Chirurgie 1904. Nr. 13.

ebensowenig wird Gewicht auf die Herstellung des Leistenkanals durch eine systematische Naht gelegt. Der Kanal bildet sich für den Samenstrang bei richtigem Vorgehen eigentlich ganz von selbst.

In diesem Punkte liegt denn auch der grundsätzliche Unterschied des Operationsverfahrens gegenüber Bassini und Ferguson, zwei Methoden, die wohl als ähnlich bezeichnet werden können, wenn sie auch in der Lagerung des Samenstranges voneinander abweichen. Bassini verlagert bekanntlich den Samenstrang nach vorn und bildet aus der oberen und unteren Wand des Kanals einen starken Boden, während Ferguson den Samenstrang nicht verlagert und den Obliquus internus nebst transvers. einerseits und das Leistenband andererseits durch Naht vereinigt. Es unterliegt keinem Zweifel, daß man mit beiden Methoden erfolgreich Radikaloperationen ausführen kann, indessen bleibt immer die Gefahr einer restierenden, trichterförmigen Peritonealausstülpung bestehen, die gelegentlich um so eher zum Rezidiv führen kann, als ein wirklich festes Bollwerk am Annulus inguin. int. gegen den Druck von innen nicht errichtet wird.

Der Wunsch, hier ein dauerndes Widerlager herzustellen, hat mich veranlaßt, die Stütznaht aus Draht herzustellen. Dieses von Witzel in die Technik der Bruchoperationen eingeführte Nahtmaterial hat sich bisher in über 100 Fällen glänzend bewährt. Durch sorgfältige Asepsis und wahrscheinlich noch mehr durch das ausschließliche Operieren mit Instrumenten ohne direkte Berührung der Wunde mit den Fingern — worauf ich in der früheren Mitteilung, die auch die technischen Einzelheiten der Operation enthält, schon besonders hingewiesen habe — ist in keinem Falle eine Vereiterung der Wunde erfolgt, ein Resultat, das man heute mehr oder weniger als selbstverständlich annehmen darf. Aber auch hinterher, und das ist wohl zu beachten, hat sich niemals die Notwendigkeit des Entfernens der Drahtsutur ergeben; sie heilt glatt ein, erfüllt ihren Zweck und belästigt nicht durch ihre Anwesenheit.

Meine früheren Ausführungen in diesem Zentralblatt scheinen stellenweise, besonders von amerikanischen Chirurgen, wie mir aus einer von A. J. Ochsner, Chicago, gewordenen Zuschrift und aus dem Referat[3] der oben zitierten Ferguson'schen Arbeit, in dem der Herr Referent übrigens schon die grundsätzlichen Unterschiede der Ferguson'schen und meiner Methode andeutet, hervorzugehen scheint, nicht ganz richtig in allen Punkten verstanden worden zu sein. Ich habe daher im Interesse der Sache und auf Grund der weiteren Erfahrungen versucht, hier das Neue und Grundlegende der Methode nochmals besonders hervorzuheben. Es ist ja nicht immer leicht in einer kürzeren Mitteilung, in der neben der anatomischen Unterlage auch noch der ganze Gang einer solchen Operation geschildert werden muß, das Wesentliche für den Leser genügend

[3] cf. Zentralblatt für Chirurgie 1904. Nr. 13.



hervorzuheben. Die vielleicht etwas zu kurz gehaltene Darstellung kann dann sehr leicht zu einer irrtümlichen Auffassung beim Leser führen.

Zusammenfassend komme ich zu folgendem Ergebnis:

Die Peritonealverschlußmethode sichert allein eine völlige Beseitigung des Bruches, ohne daß ein Peritonealtrichter bestehen bleibt.

Die Stütznaht verhütet eine nachträgliche Ausstülpung des Peritoneums zu einem neuen Bruchsack, und zwar besser als jede Kanalnaht, da sie dem Peritoneum direkt vorgelagert ist und auch den Samenstrang, der bei der Kanalnaht geradezu als Leitbahn für das Rezidiv wirken kann, als ungünstiges Moment ausschaltet.

Ein Bruchband wird nach der Operation nicht getragen. Man kann sich nach der eingetretenen Wundheilung stets davon überzeugen, daß beim Husten und Pressen die normalerweise entstehende leichte Vorwölbung in der Leistengegend auf der operierten Seite geringer ist als auf der anderen.

II.

Eine Modifikation der Syme'schen Amputation.

Von

Dr. A. V. **Moschcowitz** in Neuyork.

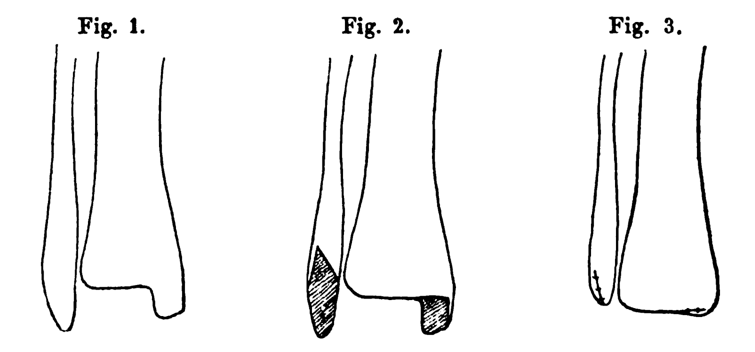
In kurzer Zeit wird in »Annals of Surgery« ein Artikel von mir erscheinen, in welchem ich neben der später beschriebenen Methode auch die Gründe angebe, welche mich bewogen, an Stelle der alten wohlbekannten Syme'schen Amputationsmethode eine neue anzugeben. Es erfolgt zugleich eine abgekürzte Krankengeschichte und das Skiagramm eines Falles, den ich Gelegenheit hatte nach dieser Methode zu operieren. An dieser Stelle erlaube ich mir nur nochmals die Methode den Lesern des Zentralblattes vorzuführen.

Der Hautschnitt wird an solcher Stelle und in solcher Form geführt, daß man genügend und gesunde Haut zur Deckung des Stumpfes bekommt. Hat man die Wahl, so wird man selbstverständlich die Inzision so führen, daß die resultierende Narbe nicht quer über das Ende des Stumpfes verläuft; und wenn möglich, soll die von Natur aus druckgewohnte Fersenhaut zur Deckung des Stumpfes gebraucht werden; jedoch sind keine Gründe triftig genug, um etwaige Länge des Stumpfes der Fersenhaut zu Liebe zu opfern.

Nachdem die Haut allseits abpräpariert ist, folgt eine Exartikulation im Sprunggelenke, die mit geschickt geführten Messerschnitten in wenigen Sekunden ausgeführt werden kann. Nun stehen zutage die beiden Malleolen und der angrenzende Teil des Gelenkendes der Tibia mit seinem Knorpelüberzuge. (Fig. 1.)

Ein Stück in der Form eines unregelmäßigen Oktaeders wird jetzt aus der Fibula in folgender Weise herausgesägt. Der Eintritt der Säge ist an der Innenseite der Fibula, ungefähr im Niveau des Knorpelüberzuges der Tibia; die Sägefläche wird schief nach oben und außen und etwa $^1/_2$ cm tief bis 1 oder 2 mm von der äußeren Fläche der Fibula gerichtet. Die Säge wird nun herausgezogen und neuerdings an der äußeren Fläche der Fibula eingestellt, auch im Niveau des tibialen Knorpelüberzuges; die Zugführung ist nach oben und leicht nach innen, bis die beiden Sägeflächen sich kreuzen. Hierdurch wird ein kleiner osteo-periostaler Lappen aus der äußeren Fläche der Fibula gebildet, der mit Leichtigkeit eingebrochen werden kann; die zwei Sägeflächen werden nun koaptiert und in ihrer Lage durch einige das Periost fassende Nähte befestigt. (Fig. 2.)

Wir wenden nun unsere Aufmerksamkeit der Tibia zu. Wegen der größeren Dicke des Malleolus internus muß das Verfahren etwas geändert werden. Die Säge wird an der distalen Fläche des Mal-


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

leolus angesetzt, etwa 2 mm von seiner inneren Fläche, und wird nach oben geführt bis zum Niveau des Knorpelansatzes der Tibia. Hierdurch wird ein kleiner osteo-periostaler Lappen aus der inneren Fläche des Malleolus gebildet, der mit Leichtigkeit nach innen umgeschlagen werden kann. Der Rest des Malleolus wird jetzt mit der Säge entfernt, selbstverständlich auch im Niveau der von Knorpel überzogenen Fläche der Tibia. Die zwei Sägeflächen werden nun angepaßt, und ebenso wie das Ende der Fibula mit einigen Periost fassenden Nähten befestigt. (Fig. 2.)

Nun folgt nur noch genaue Blutstillung und Naht der Hautwunde, mit oder ohne Drainage, je nach Indikation.

Persönlich bin ich vollkommen überzeugt von der Gültigkeit der Bier'schen Theorie, daß die Tragfähigkeit eines Stumpfes allein vom Knochen abhängt; und um diese Eigenschaft zu besitzen, muß das Knochenende des Stumpfes entweder die normale Knorpelfläche zeigen, oder die Knochenwunde muß durch einen Knochenlappen bedeckt sein. Wird der nach oben angegebener Methode zubereitete

Stumpf geprüft (Fig. 3), so sieht man, daß das distale Ende der Knochen in drei Flächen teilbar ist, u. zw. eine kleine innere und kleine äußere, geschlossen durch einen Periost-Knochenlappen, und eine größere mittlere mit normalem Knorpel bedeckt; es sind also alle Bedingungen für einen tragfähigen Stumpf erfüllt.

Das Resultat und das weitere Verhalten des erwähnten Falles veranlassen mich, die Methode bei geeigneten Fällen zu empfehlen.

---

1) **L. Moynac.** Eléments de pathologie et de clinique chirurgicales. 8. Ausgabe. 3 Bände.

Paris, G. Steinheil, 1903.

Die vorliegende Auflage ist im Gegensatz zu den früheren in drei Bänden von Kleinfolio erschienen, von denen der erste auf 624 Seiten eine Übersicht über die allgemeine Chirurgie gibt. Einbegriffen sind hier bereits die gesamten Frakturen, Luxationen, sowie Entzündungen der einzelnen Gelenke. Der zweite Band von 585 Seiten behandelt die gesamte spezielle Chirurgie mit Ausnahme der Verletzungen und Erkrankungen des Urogenitalsystems. Diese sowie die Krankheiten des Auges, Ohres, Kehlkopfes, der weiblichen Genitalien bilden den Inhalt des dritten Bandes. Zahlreiche Abbildungen in guter Ausführung, die teilweis deutschen Ursprunges sind, werden in den Text eingeflochten, merkwürdigerweise nicht ein Röntgogramm.

Dieses Werk soll nach dem Wunsche des Verf. nicht etwa ein »Nachschlagewörterbuch sein, vielmehr für den Studenten eine Art Brevier, an das er sich durch fleißiges Lesen gewöhnt und zu dem er dann als Arzt am Krankenbett gern zur Orientierung wieder zurückgreift«.

Dem Ref. will es indes scheinen, daß unter dieser zusammengedrängten Kürze der Inhalt des Werkes um so eher gelitten hat, als die modernsten Hilfsmittel zur Diagnose und Therapie wenig berücksichtigt sind. Wenn z. B. die Verletzungen der Handwurzel mit den Worten abgemacht werden: Die Brüche der Handwurzel werden gewöhnlich durch Schußverletzungen und direkte Gewalten veranlaßt, sie gehen häufig mit so schweren Komplikationen einher, daß eine Amputation notwendig wird. Sie kann indes einfach sein; sie ist alsdann erkenntlich an dem Schmerz der Schwellung, dem Bluterguß. Krepitation und abnorme Beweglichkeit sind schwer nachzuweisen, so glaube ich doch, daß wir heut in der Erkennung der Verletzung der Handwurzel weiter gekommen sind.

Bei den Brüchen des Fußes sind ausführlicher beschrieben die des Talus und Calcaneus, für die übrigen ist auf die Hand hingewiesen. Fußgeschwulst und ihre Beziehung zu den Brüchen ist nicht erwähnt.

Das einzige, was ich über Pankreasverletzungen und Erkrankungen fand, war eine Anmerkung: »Les plaies du pancreas sont trop rares pour quil soit utile d'en donner ici une description«.

Vergeblich suchte ich nach dem Genu valgum und seiner Therapie.

Bei der Untersuchung der Nieren ist angegeben die bimanuelle Untersuchung, die Punktion, die Probeinzision; sonst nichts.

Füge ich schließlich hinzu, daß die Narkose, zentrale wie lokale, nicht erwähnt ist, so glaube ich in meiner Behauptung, daß das Werk wesentliche Lücken hat, nicht zu weit gegangen zu sein.

Coste (Straßburg i. E.).

---

2) **W. Kolle, A. Wassermann.** Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Lieferung 18 u. 19.

Jena, Gustav Fischer, 1904.

Das vorliegende Heft, mit dem der vierte Band des Werkes beginnt, enthält zunächst eine Darstellung der allgemeinen und speziellen Prophylaxe der Infektionskrankheiten, in äußerst sachkundiger und übersichtlicher Form dargestellt von Prof. Gotschlich in Alexandrien. Im allgemeinen Teil erhalten wir ein Bild vom Prinzip, den Aufgaben und Möglichkeiten der Prophylaxe, ferner von der Fernhaltung exotischer Infektionskrankheiten, von der Seuchenprophylaxe und -Bekämpfung im Inland, von der Bekämpfung der Infektionserreger innerhalb des empfänglichen oder bereits infizierten Organismus und schließlich von der Bekämpfung der Infektionserreger in Tieren, die zu ihrer Verbreitung beitragen können. Im speziellen Teil wird die Prophylaxe der einzelnen Infektionskrankheiten einschließlich der venerischen Erkrankungen besprochen.

Im engsten Zusammenhange mit diesen beiden Kapiteln steht das ebenfalls von Gotschlich verfaßte Kapitel über Desinfektion, in welchem die einzelnen Desinfizientien sowie die allgemeine Praxis der Desinfektion eingehend besprochen werden.

Daran schließt sich ein Aufsatz von Hahn über natürliche Immunität.

Am Schluß des Heftes beginnt eine von Metschnikoff gegebene Darstellung der Lehre von den Phagocyten und deren experimentelle Grundlagen.

Silberberg (Breslau).

---

3) **T. C. English.** The after-effects of head injuries.

(Lancet 1904. Februar 20, 27 und März 5.)

In einer umfangreichen Arbeit teilt Verf. die Resultate seiner Nachbeobachtungen von 300 Fällen von Schädelverletzungen mit, die teils Schädelbrüche, teils leichtere oder schwere Gehirnerschütterungen darstellen. Die Folgen solcher Verletzungen werden eingehend beleuchtet. Die Individuen der intelligenteren, mehr mit dem Geiste arbeitenden Klassen zeigen im allgemeinen ernstere Folgen und erfordern mindestens die doppelte Zeit zur Heilung, wie die Handwerker; bei besonders nervös veranlagten Leuten kann eine Genesung überhaupt hoffnungslos werden. Die nach Schädelverlet-

zungen bleibende Erwerbsfähigkeit wird tabellarisch zusammengestellt. Als leichtere Folgen werden zunächst erläutert: 1) Der traumatische Kopfschmerz, den Verf. im wesentlichen nach Horsley als durch Osteosklerosis entstanden annimmt; 2) die schmerzhaften Narben, wobei bemerkt wird, daß Narben, wenn sie in solchen Fällen überhaupt vorhanden sind, in 40% der Fälle außerordentlich und in charakteristischer Weise schmerzen (starker Druck erregt meist weniger Schmerz als schwacher, z. B. Haarbürsten); 3) Schwindel, in 22% der Fälle von Fraktur, ohne Aura, plötzlich auftretend, z. B. wenn der Pat. sich plötzlich bückt; bei Kindern, wenn sie zur Decke aufblicken; 4) Erbrechen, vom Typus des zerebralen Erbrechens; 5) Charakterveränderungen in 35% der Schädelbrüche, in 23% der einfachen Gehirnerschütterungen. Die Pat. neigen meist zur Melancholie und tragen sich mit Selbstmordsideen. Häufig bestand eine enorme Irritablilität, Nervosität, Unfähigkeit zu geistigen oder körperlichen Arbeiten, Apathie und — besonders bemerkenswert — eine sehr auffallende Empfindlichkeit gegen Alkohol, sowie gegen höhere Temperatur und direkte Sonnenbestrahlung. Die Empfindlichkeit gegen Alkohol wurde in 60% der Schädelbrüche und in 35% der einfachen Hirnerschütterung bemerkt und wird als äußerst gefährliches Symptom betrachtet und als wichtiges ätiologisches Moment für das traumatische Irrsein. — Des weiteren bespricht Verf. in einem Kapitel die motorische Aphasie der Schädelverletzten, die traumatische Amnesie, die Agraphie, den traumatischen Somnambulismus schädelverletzter Kinder, die Gehirnnervstörungen: Geruchsinnverluste, die Pupillenungleichheit und die akkommodative Asthenopie, Facialislähmungen, Taubheit (in 2,3% aller Fälle wurde posttraumatische Otitis media gefunden). Die Reflexe sind inkonstant, die Patellarreflexe meist gesteigert, der Puls bleibt oft dauernd verlangsamt, intermittierend. Verf. erwähnt sodann die posttraumatische Glykosurie und posttraumatische Hemiplegie. — Eingehend wird sodann die Pathologie, die oft schwierige Diagnose und die stets mit Vorsicht zu stellende Prognose besprochen, sowie die Therapie; in mehr als der Hälfte der Fälle können interne Maßnahmen zur Heilung führen, lange geistige absolute Ruhe und Darreichung von Quecksilber sind die in Betracht kommenden Punkte; bei anderen Fällen ist die einzige Therapie die Operation und Beseitigung der Irritationsquelle (Osteosklerose, Verwachsungen der Dura, Arachnoidealcysten, Knochensplitter usw.).

Zuletzt werden die drei wichtigsten posttraumatischen Gehirnaffektionen an der Hand ausführlicher Fälle besprochen: der posttraumatische Gehirnabszeß, die traumatische Epilepsie und das traumatische Irrsein, von denen die beiden letzteren nicht selten gemeinsam vorkommen. Der traumatische Gehirnabszeß trat in 0,75% der Schädelbrüche, die traumatische Epilepsie in 7% aller Schädelverletzungen auf, das traumatische Irrsein in 11% der Schädelbrüche und in 4% der nicht sicheren Frakturen oder Hirnerschütterungen.

— Die operative Therapie dieser drei schweren Komplikationen wird ausführlich erläutert: Nur bei striktester Indikation soll trepaniert werden, dann aber so früh wie möglich. Bei den zerebralen Folgen der Basisbrüche ist eine Operation ausgeschlossen. Knochendepressionen bilden die wichtigste Operationsindikation; der von vielen Autoren, besonders Phelps, als Träger der geistigen Störungen bei traumatischem Irrsein verantwortlich gemachte linke Frontallappen ist als solcher nicht zu bestätigen.

Die überaus interessante und lesenswerte Arbeit, die allerdings im wesentlichen nur die englische und amerikanische Literatur berücksicht, dürfte für die Zukunft auf diesem Gebiete von größtem dauernden Werte sein.

H. Ebbinghaus (Berlin).

4) N. Biaghi. Dei processi di riparazione delle ossa craniche negli innesti di osso vivente o calcinato o carbonazzato dopo l'asportazione della dura e del periostio.

(Policlinico 1903. Nr. 12. Ser. chir.)

B. studierte an Hunden und Kaninchen die Schicksale von Schädeldefekten nach Einpflanzung des frisch entnommenen oder kalzinierten Stückes, je nachdem Periost oder Dura oder beides entfernt wurde. Bei Entfernung von Periost überwiegt im frisch eingepflanzten Stück die Resorption über die Knochenneubildung. Das Stück verhält sich — Verf. schließt sich hier den Barth'schen Untersuchungen an — ganz passiv. Die regenerative Tätigkeit der Dura scheint daher in Abhängigkeit vom Periost zu sein und letzteres die segmentären Prozesse am Schädel zu regulieren. Die Knochenneubildung tritt spät auf; nachdem die ersten stürmischen Resorptionsprozesse abgeklungen sind, gewinnt das parietale Gewebe die Fähigkeit, sich zu Knochengewebe umzuwandeln.

Wird auch die Dura entfernt, so ist die Regeneration und Knochenneubildung noch langsamer. Wird dabei der Knochen vorher geglüht, so findet sich nur Resorption. Bevor Knochenneubildung beginnen kann, hat sich das junge von dem parietalen Gewebe ausgehende Gewebe in Narbe verwandelt.

Auf die gegenseitige Abhängigkeit der Resorptions- und Regenerationsprozesse hat man vor allem Bedacht zu nehmen, wenn man nach geeigneten Prothesen für Schädeldefekte sucht, und muß dieselbe die Eigenschaft haben, daß unbeschadet ihrer Stabilität die resorptiven Prozesse weder gesteigert noch negativ sind, sondern abgestuft.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

5) J. Mouret. Des cavités pneumatiques annexées à l'oreille, cellules pétreuses.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 4.)

M. stellt drei größere Gruppen der nicht im Warzenfortsatz sitzenden sog. aberrierten pneumatischen, mit dem Mittelohr zu-

sammenhängenden Zellen auf: 1) Die über dem Labyrinth gelegenen, die von der Dura durch eine ganz dünne Corticalisschicht geschieden sind; 2) die unterhalb des Labyrinths befindlichen, in der Umgebung des Bulbus, des Canalis caroticus und nach der Spitze der Felsenbeinpyramide hin; 3) die sog. occipitalen am Übergange vom Schläfen- nach dem Hinterhauptbein.

Alle diese Zellen können eitrige Prozesse ins Labyrinth, den Meatus auditivus internus, längs des Canalis caroticus hin usw. fortpflanzen. Hieraus erhellt, wie wichtig ihre Kenntnis ist; denn nur mit Hilfe derselben ist es möglich, systematisch nachhaltigen Eiterungen nachzuforschen und dieselben zur Heilung zu führen.

F. Alexander (Frankfurt a. M).

---

6) **W. Milligan.** The etiology and treatment of suppuration of the labyrinth.

(Lancet 1904. Februar 13.)

Nach ausführlicher Besprechung der Ätiologie, Diagnose, Prognose und Behandlung der akuten und chronischen Eiterungen des Labyrinths mit Anführung von Krankengeschichten dreier typischer Fälle faßt Verf. seinen Standpunkt in folgenden Sätzen zusammen: 1) In jedem Falle von Mittelohreiterung, in welchem ausgesprochene Nerventaubheit der betroffenen Seite von häufigen Schwindel- und Übelkeitsanfällen und von Nystagmus begleitet ist, sei es konstant oder intermittierend, sollte sorgfältig auf einen in das Labyrinth führenden fistulösen Gang untersucht werden. Findet man einen solchen, so ist er zu erweitern und zu revidieren, im anderen Falle ist nach Verf. eine explorative Eröffnung des inneren Ohres, sei es durch den horizontalen Canalis semicircularis oder die Fußplatte des Steigbügels, indiziert. 2) In allen auf septische Labyrintherkrankung deutenden Fällen sollte das Vestibulum sogleich eröffnet werden. 3) In Fällen von chronischem eiterigem Mittelohrkatarrh, der von Cholesteatom und Erosion der äußeren Labyrinthwand begleitet ist, sollten die betreffenden Teile in ausgiebiger Weise freigelegt werden. 4) In Fällen von vermutlichem Kleinhirnabszeß mit Symptomen, die auf gleichzeitiges Mitergriffensein des Labyrinths schließen lassen, sollte der Operationsweg durch das mittlere und innere Ohr zu der hinteren Oberfläche der Pars petrosa führen — mit anderen Worten, durch die mediale Wand das Antrum mastoideum. Auf diese Weise wird das Labyrinth eröffnet, die vordere Partie des entsprechenden Kleinhirnlappens freigelegt und jeder extradurale Abszeß, der auf der hinteren Fläche der Pars petrosa liegt, gefunden und drainierbar gemacht.

H. Ebbinghaus (Berlin).

---

7) **E. Kohlmeyer.** Beitrag zur Histologie der Ohrpolypen.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Auf Grund einer sorgfältigen Untersuchung von 12 Fällen gibt Verf. eine genaue pathologisch-anatomische Darstellung, die sich im

wesentlichen den von Brühl und Görke erhobenen Befunden anreiht. Auf die genaueren histologischen Details hier einzugehen, ist nicht der Ort. Verf. beschäftigt sich ausführlicher mit dem Schicksal der einzelnen Zellformen, wie rote Blutkörperchen, polynukleäre Leukocyten, Lymphocyten, eosinophile Zellen, Fibroblasten, Kapillarsprossen, Mastzellen, Riesenzellen, Russel'schen Körperchen usw. Den Fremdkörpern mißt er eine wichtige Rolle bei der Polypenbildung bei; Fremdkörper gäben zur Granulationsbildung oder zu vermehrter Sekretion Anlaß, ersteres besonders wenn sie relativ aseptisch und resorbierbar seien. Als klinisch verwertbares Resultat ergebe sich hieraus, eine penible Säuberung des Mittelohres stets in den Vordergrund der Behandlung zu stellen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

8) **B. Heine.** Operationen am Ohre. Die Operationen bei Mittelohreiterungen und ihren intrakraniellen Komplikationen. Für Ärzte und Studierende.

Berlin, **S. Karger**, 1904. Mit 29 Abbildungen und 7 Tafeln.

Im vorliegenden Werke sind die langjährigen, an einem großen Material — Verf. ist seit Jahren I. Assistent der Berliner Universitäts-Ohrenklinik — gesammelten Erfahrungen niedergelegt. Naturgemäß beschränkt sich H. nicht darauf, nur die Technik der Operationen zu beschreiben, sondern er erörtert auch in kritischer Weise die Indikationsstellung, sowie die Methoden der Nachbehandlung. Auf Einzelheiten einzugehen ist hier nicht der Ort. Ref. kann nur voll und ganz den Standpunkt des Verf. billigen, und gibt es auch nicht einen Punkt, der zum Widerspruch herausfordert, ein gewiß seltenes Vorkommnis bei einem Werke, das einen in seinen einzelnen Fragen noch so viel umstrittenen und lebhaft diskutierten Gegenstand behandelt. Auch in den beiden Fragen, über welche die Meinungen zurzeit wohl noch am meisten auseinandergehen, die Jugularisunterbindung und die Lumbalpunktion, ist der Standpunkt des Autors nur zu billigen. H. ist ein eifriger Anhänger der Freilegung und Ausräumung des Bulbus im Anschluß an die Jugularisunterbindung. Die Lumbalpunktion nimmt er vor, um eine diffuse, eitrige Meningitis mit Sicherheit festzustellen, und um sich bei geschwächten Kranken zu vergewissern, ob die Operation Aussicht auf Erfolg bietet. Den geheilten »diffusen« Meningitiden steht er skeptisch gegenüber.

Jedenfalls bietet das Buch dem Anfänger eine vorzügliche Anleitung, während es dem erfahrenen Operateur Gelegenheit zu einem ersprießlichen, wenn ich so sagen darf, schriftlichen Gedankenaustausch gibt und so das seinige zur Klärung verschiedener Anschauungen beiträgt. Die Ausstattung, speziell die Tafeln sind vorzüglich.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).



9) W. Gäthgens. Über oropharyngeale Tumoren und ihre operative Behandlung.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1903.

Nach Erörterung der gutartigen Geschwülste des mittleren, oropharyngealen Rachenabschnittes, der Papillome, gestielten Fibrome, kongenitalen, behaarten Rachenpolypen, Gefäßgeschwülste, Myome, Lipome, Chondrome, Adenome, verbreitet sich Verf. etwas ausführlicher über die seltenen und interessanten Mischgeschwülste des Gaumensegels, um sich dann eingehender mit den Sarkomen, Lymphosarkomen und Karzinomen zu beschäftigen. Die Mehrzahl der Geschwülste dieser Gegend gehöre der Mandel an, seltener komme die seitliche Rachenwand in Betracht. Bei der Entfernung kommt es darauf an, ob die Methode für beide Fälle verwendbar ist und ob die eine Eröffnung der Mundhöhle vermeidende Technik prinzipiell nicht größere Bedeutung hat. Verf. beobachtete einen 49jährigen Mann mit einer über taubeneigroßen Geschwulst der seitlichen Rachenwand hinter den Gaumenbögen. Mittels seitlicher Pharyngotomie, Resektion des aufsteigenden Unterkieferastes wurde sie zugänglich gemacht, es gelang, sie glatt auszuschälen; Tamponade, Naht, glatte Heilung. Die Untersuchung ergab eine kongenitale Mischgeschwulst, die etwas einer retrovisceralen Struma ähnelt, mehr einer Mischgeschwulst im Sinne Wilms' gleicht. Im Anschluß hieran gibt Verf. eine Darstellung der Methoden von Jäger, Manoury und Verneuil, Chever, v. Langenbeck, Krönlein, Trendelenburg, Kocher, v. Mikulicz usw. und eine tabellarische Übersicht derselben; hier berücksichtigt er: Hautschnitt, Facialis, die Knochenoperation und die Eröffnung der Mundhöhle. Er rät zum Verfahren nach v. Mikulicz; hier liege der Hautschnitt außerhalb des Gesichtes, der Facialis werde geschont; die Eröffnung des Cavum pharyngeum lasse sich bei gut ausschälbaren Geschwülsten ganz, auf alle Fälle bis zum Ende der Operation vermeiden. Die definitive Entfernung des aufsteigenden Kieferastes hinter dem Masseter gebe bessere Resultate als die temporäre Resektion.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

10) V. Texier. Des abcès rétro-pharyngiens chez le nourisson (6 observations).

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1904. Nr. 7.)

Nach einer kürzeren Übersicht über die betreffende französische Literatur gibt Verf. eine ausführliche, sehr klare anatomische Darstellung der in Frage kommenden Gegend. Es handelt sich um die seit Gilette wohlbekannten Drüsen, die den Ausgangspunkt der in Rede stehenden, fast nie mit Wirbelaffektionen zusammenhängenden Abszesse bildeten. Die Drüsen liegen symmetrisch zu beiden Seiten einer Raphe in einer aponeurotischen Tasche, die gebildet bezw. begrenzt wird von der Tunica fibrosa der hinteren Rachenwand und

der Aponeurosis praevertebralis bezw. lateralis pharyngis. Letztere trennt diese Tasche von dem cervicalen Gefäß- und Nervenbündel, so daß retropharyngeale Abszesse dieses nach außen drängen, während solche der seitlichen Wand die Gefäße und Nerven dem Cavum pharyngeum näher bringen. Die Raphe höre im unteren Teil auf, so daß dort die Abszesse nicht mehr seitlich, sondern vollkommen medial lägen; nach dem Mediastinum zu stehe der erwähnte Raum frei offen, und sei so eine Senkung dahin möglich. Diese Drüsen atrophieren im Alter von 3 Jahren und kommunizieren mit dem Rachen, der Nase und dem Mittelohr. Aus diesen anatomischen Verhältnissen lasse sich die Ätiologie der in Rede stehenden Abszesse schon einigermaßen herleiten; besonderen Einfluß messe man der syphilitischen Coryza bei, sowie kachektischen, durch gastrointestinale Störungen, Lues, Tuberkulose oder akute Infektionskrankheiten bedingten Zuständen. Anfangs verlaufen die Abszesse unbemerkt; je nach der Höhe des Sitzes sind die Symptome verschieden; man müsse eben bei allen Atem-, Stimm- und Schluckstörungen daran denken und den Rachen von seinem nasalen bis zum laryngealen Teil genau absuchen. Therapeutisch komme nur die Inzision in Betracht; wenn auch die Eröffnung von außen zweifelsohne einige Vorteile biete, so sei doch die von innen viel einfacher, erfordere keinen großen Apparat und führe meist auch zum Ziele; eine Gefäßverletzung sei durch den Schutz der lateralen Rachenaponeurose, wie Verf. meint, auch nicht so zu fürchten.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

11) **Bockenheimer.** Der Nervus facialis in Beziehung zur Chirurgie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 3.)

B. hat an zahlreichen Präparaten genau den Verlauf der einzelnen Facialisäste studiert und beschreibt denselben an der Hand einer Reihe übersichtlicher Zeichnungen. Auf Grund dieser Studien werden Schnitte für die einzelnen Partien des Gesichtes angegeben, welche die Nervenäste schonen, und eine kritische Besprechung der größeren typischen Operationen, bei denen der N. facialis in Betracht kommt, angeschlossen. Wesentlich handelt es sich um die Schonung dreier Facialisäste, und zwar des Ramus maximus, der Rami zygomatico-temporales und des Ramus marginalis mandibulae. Eine Schonung des erstgenannten sollte auf alle Fälle angebahnt werden, weil er sich am Augenlidschluß beteiligt, Oberlippen- und Nasenmuskulatur versorgt und auch noch einen Ast zur Unterlippe schickt. Die Rami zygomatici-temporales wird man bei einzelnen der bekannten Methoden besonders zur Aufsuchung extra- oder intrakranieller Trigeminusteile nicht immer schonen können. Jedenfalls aber muß die Mitte des Jochbogens, sowie die Gegend der Augenbraue und ihre Verlängerung bis zur Mitte des Jochbogens nach

Möglichkeit vermieden werden, da hier die Hauptnerven für den oberen Teil des M. orbicularis oculi und für den M. corrugator supercilii verlaufen. Dem Ramus collomandibularis mißt B. nicht die Bedeutung zu, wie es Jaffé in einer vor 2 Jahren publizierten Arbeit getan, weil er inkonstant ist und auch nicht allein die Unterlippenmuskulatur versorgt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

12) **A. Onodi.** Des déhiscences des cavités accessoires du nez.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1903. Nr. 47.)

Traumen, pathologische Prozesse, operative Eingriffe, Entwicklungsanomalien und senile Atrophie können die Ursache von Dehiszenzen der Sinus sein. Nur mit den beiden zuletzt genannten Faktoren beschäftigt sich Verf. in vorliegender Arbeit, der ein Material von 4000 Schädeln und mehreren hundert Schädelteilen zugrunde liegt. Nach genauer Erörterung der Literatur, die sämtliche Nebenhöhlen betrifft, beschäftigt sich Verf. vornehmlich mit den Dehiszenzen der Lamina papyraceae, deren er 18 fand; er behandelt die praktischen Konsequenzen der Kommunikation zwischen Siebbein- und Augenhöhle und berücksichtigt endlich ausführlicher die Dehiszenzen des Canalis ethmoidalis, deren er 21 fand; durch die in demselben verlaufende Vena ethmoidalis anterior ist die Möglichkeit zerebraler Komplikationen infolge Thrombophlebitis der Vene wesentlich erleichtert. Die vortrefflichen Untersuchungen des Verf. über den Canalis cysticus und seine Beziehungen zur hinteren Siebbeinzelle werden nur flüchtig gestreift. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

13) **Durante.** Un nuovo metodo operativo per l'asportazione del laringe.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 1.)

D. empfiehlt zur Vermeidung des Einfließens von Schleim in die Luftwege und Wunde folgendes Verfahren der Kehlkopfexstirpation.

Er bildet einen großen Hautlappen durch einen bogenförmigen Schnitt, welcher, von beiden Kieferwinkeln ausgehend, längs des vorderen Kopfnickerrandes bis 3 cm vom Manubrium hergeht. Der Lappen wird zurückgeschlagen, der Kehlkopf aus allen seinen seitlichen Verbindungen befreit, danach die Tracheotomie gemacht und nun erst der Kehlkopf entfernt und vom Zungenbein abgetrennt resp. auch letzteres reseziert. Der Hautlappen wird dann in die Tiefe der Wundhöhle direkt an die Ränder der Rachenschleimhaut gelegt und angenäht, an seiner Spitze wird die Luftröhre befestigt. Seitlich bleiben zwei Streifen freier Wundfläche. In 2 Fällen schritt die Heilung sehr rasch fort. Die Pat. konnten vom zweiten Tage an Flüssigkeiten schlucken, die Wundheilung dauerte 2 Wochen. Beide Kranke bekamen Drüsenrezidiv.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

14) **Klien.** Über die Konfigurationen der lumbalen Intervertebralräume.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XII. Hft. 5.)

Für die bei der Lumbalpunktion in Betracht kommenden Verhältnisse geben Präparate von skelettierten Wirbelsäulen ein ungenaues Bild, weil die Schrumpfung der Intervertebralscheiben eine beträchtliche Formveränderung bedingt; bei Präparaten frischer Wirbelsäulen lockert die notwendige Durchtrennung vieler Bänder den natürlichen Zusammenhang. Um wahrheitsgetreuere Bilder zu erhalten, resezierte K. an zehn frischen Wirbelsäulen verschiedenen Alters nach Entfernung der gröbsten Muskelwülste die Wirbelkörper ganz oder partiell und brachte dann mittels ventrodorsaler Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen die dorsale Hälfte der Wirbelsäule auf die Platte. Sieben schöne Photogramme geben die gewonnenen Resultate wieder. Für verschiedene Alter nach vollendetem Wachstum ließen sich keine charakteristischen Unterschiede in Größe oder Form der Intervertebralräume feststellen. Auch der allgemeine Knochenbau läßt keinen Schluß auf die Intervertebralräume zu, da man bei kräftigen Männer nur mittelgroße Räume und umgekehrt findet. Auch ließen sich im Größenverhältnis der Räume zueinander an einem Individuum Gesetzmäßigkeiten nicht feststellen, doch läßt sich im allgemeinen sagen, daß der 3. und 4. das günstigste Einstichfeld bieten.

Haeckel (Stettin).

---

15) **P. J. Cammidge.** The chemistry of the urine in diseases of the pancreas.

(Lancet 1904. März 19.)

Die genaue Mitteilung von Urinbefunden, die durch ihre Konstanz bei Pankreaserkrankungen in vielen Fällen Mayo Robson's für die Diagnose den Ausschlag gaben.

Die Methode ermöglicht nach Verf. sogar mit ziemlicher Sicherheit, die Differentialdiagnose zwischen den einzelnen Erkrankungsarten der Drüse zu stellen. Es besteht nach Verf. bei Pankreaserkrankungen, die ja meist mit den schwersten Konstitutionsanomalien einherzugehen pflegen, eine abnorme Chemie im Körperhaushalte, so daß durch nicht mehr normal wirkende Pankreasfermente der Glyzerinteil in den Fettmolekülen frei und in den Kreislauf abgeführt wird; desgleichen besteht bei Pankreaserkrankungen eine Verminderung der normalen Kalksalze des Blutes. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend, stellte Verf. bei auf Pankreaserkrankung Verdächtigen Blutuntersuchungen an, um aus den Blutbefunden die Diagnose des Leidens zu ermöglichen. Doch erwies sich die Entnahme einer hinlänglich großen Blutquantität bei den meist sehr anämischen Kranken als unmöglich. Verf. richtete daher sein Augenmerk auf den Urin. Er vermochte nach zahlreichen Versuchen gewisse Kristalle aus demselben zu analysieren, die sich bei Pankreas-

erkrankungen stets fanden und nur in der Größe bei den einzelnen Erkrankungsformen variierten. Bei anderen abdominellen oder Konstitutionsleiden fanden sich diese Kristalle niemals. Zahlreichen angeführten Krankengeschichten nach scheint diese neue Methode allerdings von großem Werte zu sein und könnte bei dem Fehlen eines anderweitigen sicheren Diagnostikum bei diesem Leiden nicht warm genug zur Nachprüfung empfohlen werden. Wegen der genauen Technik der Untersuchungen muß auf das Original verwiesen werden, da ein näheres Eingehen darauf den Rahmen eines kurzen Referates überschreiten würde. **H. Ebbinghaus** (Berlin).

---

16) **A. W. M. Robson.** The pathology and surgery of certain diseases of the pancreas.

(Lancet 1904. März 19, 26 u. April 2.)

Verf. berichtet in der Arbeit über seine ausgedehnten Erfahrungen in der Pankreaschirurgie. Nach ausführlicher Besprechung der Anatomie und Physiologie des Pankreas und aller bislang beobachteten Abnormitäten an demselben betont Verf. die Schwierigkeit in der Diagnose der Krankheiten dieses Organes, die nach seiner Ansicht hauptsächlich darin liegt, daß die Drüse selten isoliert erkrankt, daß ihre Funktionen zum Teil von anderen Organen mit übernommen werden können, daß ein wenn auch nur kleiner, aber noch funktionierender Teil der Drüse die Gesamtfunktion ohne Störungen übernehmen kann, endlich, daß zwar oft das Pankreas den eigentlichen Sitz der Krankheit darstellt, daß aber die Symptome nur durch andere begleitende Erkrankungen (z. B. des Gallensystems) hervorgerufen werden.

Die Diagnostik der Krankheiten des Pankreas hat folgende Symptome in Betracht zu ziehen:

1) digestive: Steatorrhöe, Azotorrhöe, Sialorrhöe, Diarrhöe, Dyspepsie, Emaziation, Nausea und Erbrechen;

2) physikalische: Geschwulst, Fieber, Schmerz und Druckempfindlichkeit, Druck auf Organe der Nachbarschaft, Hämorrhagie und Gelbsucht;

3) metabolische: Glykosurie und andere Harnveränderungen;

4) besondere artefiziell hervorzurufende Zeichen: alimentäre Glykosurie (Minkowsky) und das Sahli'sche (Jod-) Symptom.

Zu bemerken ist dabei, daß Verf. die auf Mangel an Kalksalzen beruhende schwere Gerinnbarkeit des Blutes und die Neigung solcher Kranken zu Hämorrhagien nicht bloß im allgemeinen, sondern auch als Vorbereitung für Operationen durch Verabfolgung von Kalziumchlorid mit Erfolg zu kompensieren verstand.

Großen Wert legt Verf. den Urinbefunden bei, die nach einer von Cammidge neu ermittelten Methode bei Pankreaskranken erhoben werden konnten. In 56 Fällen konnte Verf. den Wert dieser Methode bei der Operation, in vielen anderen noch durch die Sek-

tion erproben. — Fettgewebshämorrhagie und -Nekrose werden sodann vom Verf. eingehend geschildert. — Die einzelnen Arten der von ihm beobachteten und operierten Erkrankungen der Drüse sind meist von ausführlichen Krankengeschichten begleitet und in Ätiologie, Symptomen und Behandlung geschildert. Wir finden da: Verletzungen, Cysten, Steine und Neoplasmen des Pankreas, zum Teil mit wenn auch nur mangelhaft im Drucke reproduzierten Illustrationen begleitet. Was die Pankreatitis angeht, so weisen die vom Verf. operierten Fälle bei akuten Entzündungen 61%, bei subakuten (abszedierenden) Formen 35,6% und bei chronischen 3,9% (bei den anderen Autoren hier 12,9%) Mortalität auf.

Die Arbeit bildet eine überaus wertvolle Bereicherung der Literatur der Bauchspeicheldrüse. **H. Ebbinghaus** (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

Zur Handschuhfrage.

Von

A. Hammesfahr in Bonn.

Nicht alle Chirurgen werden die Handschuhfrage mit Rydygier (cf. dieses Zentralblatt Nr. 14) als gelöst betrachten, wenigstens nicht in Rydygier's Sinn als gelöst ansehen. Ich für meinen Teil glaube, daß wir sowohl den Gummihandschuhen wie auch den Zwirnhandschuhen ein dauerndes Plätzchen auf unseren Instrumententischen einräumen müssen. Man darf nur nicht schablonisieren, wie man das z. B. auch augenblicklich, nebenbei bemerkt, in der Narkosenfrage macht, wo man den Äther zum allein herrschenden König der Betäubungsmittel stempeln möchte. Es ist meines Erachtens ebenso verkehrt, stets ohne Handschuhe zu operieren, wie es verkehrt ist, stets Gummihandschuhe oder stets Zwirnhandschuhe zu gebrauchen. Wie ich mich den jedesmaligen Verhältnissen im Interesse der Asepsis anzupassen suche, will ich kurz auseinandersetzen. Sobald während einer Operation der Moment eintritt, wo eine Berührung der Hände mit dem Eiter akuter Prozesse nicht mehr zu vermeiden ist, ziehen Operateur, Assistent und Schwester (Gehilfin, Gehilfe) Gummihandschuhe an und tragen sie bis zum Schluß der Operation. Beispiel: Bei der Operation perityphlitischer Eiterungen Schnitt durch die Bauchdecke bis zur letzten Abszeßhülle ohne Handschuhe — sobald Eiter fließt: kleine Pause zur Anlegung der Gummihandschuhe! Auf diese Weise st bis zur Freilegung des Abszesses das hierbei oft nötige feinere Gefühl der Fingerspitzen nicht behindert, und die Hände, an deren Gefühlsvermögen, sobald der Eiter fließt, keine besonderen Anforderungen mehr gestellt werden, kommen mit dem Eiter nicht in Berührung. Eröffnet man einen solchen Abszeß vom Mastdarm aus, oder operiert man beispielsweise eine akute Osteomyelitis, so bedient man sich natürlich der Handschuhe von vornherein. Bei der Inzision eines Panaritiums, bei Ausspülungen der infizierten Harnblase, bei der Untersuchung jauchender Mastdarmkarzinome, beim Wechseln eiterdurchtränkter Verbände, überhaupt überall da, wo eine Berührung mit infektiösem Materiale möglich ist, trägt man die so leicht und sicher zu säubernden Gummihandschuhe. Das ist ohne jede Schwierigkeit und ohne jede störende Behinderung durchzuführen, wie mir eine auf eine Reihe von Jahren sich erstreckende Erfahrung gezeigt hat. Schützt der Operateur auf diese Weise seine Hände und läßt er ihnen außerdem die ja auch allgemein geforderte sorgfältige Pflege angedeihen, so wird er durch die Fürbringer'sche Waschung vor aseptischen Operationen eine der Keimfreiheit

nahe kommende Keimarmut seiner Hände erzielen. Die Möglichkeit, eine gefährliche Anzahl von Keimen in die Wunde zu bringen, ist dann gering und wohl bei den meisten Manipulationen gar nicht vorhanden; nur während eines Operationsabschnittes dürfte das Vorhandensein einer Gefahr nicht geleugnet werden: beim Unterbinden und beim versenkten Nähen, wo der unmittelbare und der mittelbare Kontakt der Hände mit der Wunde ungleich größer ist als in jedem anderen Stadium der Operation. Der Grund liegt »auf der Hand«: die Keime in den tieferen Schichten der Haut sind allmählich an die Oberfläche gekommen, der Unterbindungsfaden nimmt sie auf und bringt sie in die Wunde. Ich meine deshalb, daß wir für dieses Stadium, meist ja den abschließenden Teil der Operation, noch eines besonderen Schutzes bedürfen. Und den haben wir meines Erachtens in den Zwirnhandschuhen gefunden. Sobald die Operation bis auf die Unterbindungen oder bis auf die zu versenkende Naht (Bauchdeckennaht!) beendet ist, streife ich die in steriler Kochsalzlösung bereitliegenden Zwirnhandschuhe über und ich habe nicht nur das Gefühl absoluter Sicherheit, sondern wohl auch in Wirklichkeit wieder sichere Asepsis. Vorteilhaft ist auch, daß die Rauhigkeit der Handschuhe jedes Gleiten der Fäden in der Hand unmöglich macht, und daß infolgedessen fester und sicherer geknotet wird; angenehm ferner, sich vom Catgut oder vom Draht die Finger nicht einschneiden lassen zu müssen. Man versuche nur, und man wird bald nicht gern mehr eine Unterbindung ohne Handschuhe machen! Sehr empfehlen möchte ich auch bei dieser Gelegenheit das Claudius-sche Jodcatgut: es hat wirklich die ihm von seinem Erfinder nachgerühmten Vorzüge! Während des Gebrauches stellen wir die Catgutplatten in einen dem Hofmeister'schen Glaskasten nachgeformten Blechkasten. — Auch dicker Seide, die wir zu versenkten Nähten an Stelle des Silberdrahtes verwenden, geben wir, nachdem sie eine Stunde gekocht hat, noch dadurch antiseptische Fähigkeiten, daß wir sie in Claudius'scher Lösung aufbewahren.

---

17) **Rosenstirn.** Aseptische Universalpinzette.

(Ärztliche Polytechnik 1903. November.)

Obige Pinzette ist leicht zerlegbar, desinfizierbar und kann durch verschiedene Umschaltungen bald als anatomische, bald als chirurgische (Haken-) Pinzette, bald als Unterbindungspinzette, bald als Nadelhalter dienen.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

18) **Schultze** (Duisburg). Sterilisator und aseptischer Irrigator.

(Ärztliche Polytechnik 1903. November.)

Bei obigen Apparaten ist das Weck'sche System des Einmachens, welches weltbekannt ist, zur Anwendung gelangt. Catgut, Seide u. a. werden förmlich eingemacht und bleiben dann bis zum Gebrauch in den hermetisch schließenden Gläsern. Ein kleiner Irrigator wird in sterilisierter Kochsalzlösung aufbewahrt und kann dann zur Ausspülung der Bauchhöhle, der Gelenke usw. benutzt werden. Die sterile Flüssigkeit kann zur Schleich'schen Einspritzung, zur Infusion usw. benutzt werden. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

19) **A. Poncet.** Tuberculose: septicèmique, rhumatismale, specifique ou classique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 405.)

P., der seit mehreren Jahren die Existenz eines tuberkulösen Rheumatismus — nicht zu verwechseln mit dem bekannten Hydrops tuberculosus, sondern eine mono- oder polyartikuläre Gelenkerkrankung ganz unter dem Bilde des akuten Gelenkrheumatismus — zu beweisen sucht, teilt kurz die Krankengeschichte eines Mannes mit, die seiner Ansicht nach drei verschiedene Stadien der Tuberkulose, das der Septhämie ohne nachweisbare Lokalisation des Giftes, das des Gelenk-

rheumatismus und schließlich das der typischen Gelenktuberkulose deutlich erkennen läßt. Der jetzt 33jährige Pat. erkrankte mit 15½ Jahren mit Zeichen schwerer allgemeiner Infektion ohne nachweisbare Ursache; 3 Wochen später bot er das Bild des polyartikulären Gelenkrheumatismus, der auf Salisylsäure nicht wich und einige Wochen anhielt. Während der Rekonvalessenz kam es zur Ostitis des oberen Endes der rechten Ulna, einige Monate später zur Spondylitis und Koxitis. Diese Erkrankungen erstreckten sich über 3 Jahre. Während der folgenden 4 Jahre befand sich Pat. verhältnismäßig wohl; dann traten neue Anfälle auf von akutem Gelenkrheumatismus, Ostitis des Brustbeines, des oberen Endes des rechte Schienbeines, des unteren Endes des Wadenbeines usw., später ausgesprochene Lungentuberkulose. — P. betont ausdrücklich, daß die Tuberkulose nicht nur klinisch, sondern auch anatomisch nur die Zeichen der gewöhnlichen Entzündung ohne Tuberkel, ohne Bildung von Granulationsgewebe darbieten könne.

Reichel (Chemnitz).

20) **Moeller.** Bakteriämie und Sepsis.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 4.)

M. erläutert an Beispielen von verschiedenen septischen Erkrankungen, wann man beim Nachweis von Bakterien im Blute von Bakteriämie, wann von Sepsis sprechen soll. So ungünstig der Nachweis der Bakterien im Blute bei inneren Erkrankungen ist, darf man doch bei chirurgischen Fällen, bei denen Bakterien im Blute sich finden, nicht die Prognose zu schlecht stellen. Drei sehr charakteristische Fälle werden angeführt, in denen es gelang, durch sehr energische chirurgische Behandlung der Eintrittspforte der Bakterien Heilung zu erzielen. Zur Unterstützung der Heilbestrebungen werden Kochsalzinfusionen aufs wärmste empfohlen.

Es werden dann eine Reihe schwerster Scharlachfälle besprochen. Von 13 Kindern, welche mit Aronson's Serum behandelt wurden, wurden 3 gerettet, ohne daß man mit Sicherheit dem Serum diesen Erfolg zuschieben konnte.

Haeckel (Stettin).

21) **Koerner.** Untersuchungen und Erfahrungen über den Einfluß von Operationen auf den Verlauf und Ausgang des Diabetes mellitus.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 5.)

Für die Beurteilung, inwieweit Operationen den Verlauf und den Ausgang des Diabetes beeinflussen, sind am geeignetsten ganz gleichartige Operationen, von gleicher Schwere und gleicher Ausdehnung. Es ist daher ein glücklicher Gedanke K.'s, zu diesem Zwecke die Mastoidoperationen zu wählen, welche wegen der so häufigen akuten Mastoiditis der Diabetiker notwendig werden. Teils aus eigener Erfahrung, teils aus der Literatur stehen K. 33 solche Fälle zur Verfügung. Man muß nur gesondert betrachten die Operationsfolgen bei leichten, mittelschweren und schweren Fällen. Es ergibt sich nun, daß von leichten Diabetikern keiner starb. Die Wunden heilten etwas langsamer als bei Nichtdiabetikern; die Zuckerausscheidung wurde in einigen Fällen vorübergehend gesteigert; ein Übergang der leichten in schwere Form des Diabetes durch die Operation war nicht zu beobachten. — Auch bei mittelschweren Fällen erfolgte stets Heilung nach der Operation; eine Verschlimmerung des Diabetes war in keinem Falle nachweisbar. — Von neun Pat. mit schwerem Diabetes starben vier infolge der Operation, und zwar drei durch Koma, einer durch allgemeinen Kräfteverfall. Alle wurden unter Chloroformnarkose operiert.

Demnach stellt die leichte Form des Diabetes keine Kontraindikation gegen eine sonst indizierte Operation dar; aber auch bei mittelschwerer und schwerer Form dürfen aus vitaler Indikation Operationen vorgenommen werden.

Haeckel (Stettin).

22) **R. Hermann.** Note sur l'emploi en chirurgie de l'oxygène sous pression.

(Bull. de l'Acad. Roy. de méd. de Belg. Bd. XVII. Nr. 10.)

Thiriar wandte zuerst den Sauerstoff unter 120 Atmosphären Druck in der Chirurgie an. 1899 teilte er der Akademie seine Resultate mit. 1901 (Clinique Januar) finden wir seinen Aufsatz Traitement des anthrax et des furoncles par le gaz oxygène. H. veröffentlichte 1902 (Revue chir. Nr. 8 August 15) seine Erfolge mit Injektionen von Sauerstoffgas, die er seit 15 Monaten erzielt hat. In obiger Arbeit sagt er, daß er seit Januar 1901 etwa 200 Furunkel und Anthraxfälle mit größtem Erfolge behandelt, viele durch genannte Injektionen kupiert habe. Viele dieser Fälle sind Zwischenstufen zwischen Furunkel und Anthrax. Die Kohlenarbeiter werden sehr oft davon befallen und nennen die Affektion Bouton noir. H. teilt sieben besondere Fälle genauer mit. Sodann aber hat er septische Wunden mit Lymphangitis (2 Fälle), Peritonitis tuberc. (2 Fälle), Pleuritis purul. (1 Fall), akutes purulentes Ödem mit Gaszersetzung (1 Fall) damit behandelt, und zwar mit überraschendem Erfolge. Der Fall mit Gaszersetzung wäre unbedingt der Oberschenkelamputation verfallen und vermutlich trotzdem gestorben; die Injektionen mit Sauerstoff führten ohne Amputation zur Heilung. — Leider ist die Anwendung der Methode in der Praxis umständlich, weil die O-Ballons schwer sind.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

23) **P. K. Monro and A. N. Mc Gregor.** A chronic neurosis characterised by frequent paroxysms of pain, swelling, and haemorrhage in various parts of the body, death from acute pulmonary tuberculosis.

(Lancet 1904. April 16.)

Verff. schildern einen überaus interessanten Symptomenkomplex, den sie bei einem 28jährigen Manne, der insgesamt seit 7 Jahren krank war, beobachten konnten. Das Leiden bestand im wesentlichen in anfallsweise auftretenden Glieder- und Gelenkschwellungen oder auch hier und da sonst am Körper auftretenden Schwellungen; diese Anschwellungen waren außerordentlich schmerzhaft und zeigten meist hämorrhagischen Charakter. Sie verschwanden oft wieder, ebenso schnell wie sie entstanden, ohne Spuren zu hinterlassen. Anamnestisch lag weder Lues noch Hämophilie bei dem Pat. vor. Der Tod trat schließlich infolge von Lungentuberkulose ein, die Sektion wurde mit aller Exaktheit gemacht und mikroskopisch speziell auch in Gehirn und Rückenmark genau durchuntersucht; sie ergab indessen keinerlei Anhaltspunkte. — Die Krankheit wird als eine seltene Form einer Neurose gedeutet, differentialdiagnostisch kommt besonders das zirkumskripte Ödem (Quincke) und das angioneurotische Ödem (Ramsay Smith) in Betracht. Der beobachtete Fall zeigte übereinstimmende Punkte einerseits mit dem angioneurotischen Ödem, andererseits mit dem Purpuratypus des Erythems.

Irgendein medikamentöses Heilmittel gab es für den Kranken nicht, bei dem Beginne der Anfälle wirkte eine starke Ableitung auf die Haut hinten im Nacken noch fast am besten.

H. Ebbinghaus (Berlin).

24) **A. Kappis.** Die Aneurysmen der Arteria occipitalis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 3.)

Verf. berichtet über einen in der Tübinger chirurgischen Klinik beobachteten und durch Exstirpation zur Heilung gebrachten Fall von Aneurysma der Art. occipitalis bei einem 25jährigen Mann. Auf Grund dieses Falles und weiteren 20 Beobachtungen aus der Literatur bespricht Verf. die Ätiologie, Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie der meist auf Trauma beruhenden Erkrankung. Als beste Behandlungsmethode ist die Exstirpation des Aneurysmas anzusehen.

Blauel (Tübingen).

25) Stolz. Über Echinokokken der Schädelknochen.

(Straßburger med. Zeitung 1904. Hft. 3.)

Anknüpfend an die Krankengeschichte eines 38jährigen Pat. bespricht Verf. die klinischen Erscheinungsformen der sehr seltenen Echinokokkenerkrankung der Schädelknochen, je nachdem der Blasenwurm in der Schädelkuppe, in den Stirnhöhlen oder an der Schädelbasis sich angesiedelt hat. Bei den beiden Pat. der ersten Gruppe, deren einer der Pat. des Verf. ist, begann die Erkrankung mit Schwindel, Kopfschmerzen, Erbrechen, dann stellte sich innerhalb einiger Monate vollständige Erblindung ein, später folgten epileptiforme Anfälle. Äußerlich kam die Schädelerkrankung entweder als Vergrößerung der ganzen Schädelkuppe oder als leichte Vorwölbung des Schädels zum Ausdruck. Bei den drei Fällen der zweiten Gruppe ist eine auf das Gebiet der Stirnhöhle beschränkte Vorwölbung des Knochens zu konstatieren, immer mit schwerer Schädigung des Augenhöhleninhaltes. Von den zwei Pat. der dritten Gruppe wurde der eine, bei dem sich an der Basis des Warzenfortsatzes eine fluktuierende Geschwulst von Walnußgröße fand, durch Operation geheilt. Bemerkenswert ist das jugendliche Alter, in dem bei allen Pat. die ersten Symptome sich zeigten; doch war z. B. bei dem Kranken des Verf. der Verlauf ein außerordentlich langsamer (27 Jahre). Ein besonderes Symptom für die spezielle Diagnose des Sitzes des Echinokokkus im Schädelknochen zum Gehirnechinokokkus hat sich nicht auffinden lassen. Die besten Heilungsaussichten scheinen die Echinokokken der Stirnhöhle zu geben.

Engelhardt (Gießen).

26) Bayerthal. Zur operativen Behandlung der Hirnsyphilis.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 3.)

Der mitgeteilte Fall ist dadurch bemerkenswert, daß der typische Verlauf der Rindenkrämpfe, die stets mit einer Drehung des Kopfes und der Augen nach links begannen, für eine Herderkrankung in der präzentralen Region der Hirnrinde sprach, während leichte psychische Störungen (Gedächtnisschwäche, euphorische Stimmung) eine Affektion des Stirnhirns vermuten ließen. Lokalisierter Kopfschmerz und umschriebene Perkussionsempfindlichkeit des Schädels fehlten. Da der 34jährige Pat. früher an Syphilis gelitten hatte, wurde zunächst eine spezifische Behandlung eingeleitet, die aber erfolglos blieb und eine Verschlimmerung der epileptischen Anfälle nicht verhinderte. Deshalb und wegen Auftretens linksseitiger Hemiparese und von Koma operative Freilegung des präzentralen Gebietes, bei welcher Dura und Gehirn normal gefunden wurden. Tod nach 6 Tagen. Die Obduktion deckte einen gummösen Herd am Pole des rechten Stirnhirns auf; die hintere Begrenzung des Herdes blieb noch ca. 5 cm von dem unteren Ende der Rolando'schen Furche und 1 cm von dem vorderen Ende der Trepanationsöffnung entfernt.

Kramer (Glogau).

27) Willems. De la craniectomie occipitale. A propos d'une opération pratiquée pour découvrir le cervelet.

(Bull. de l'Acad. Roy. de méd. de Belg. 1903. Dezember.)

Ein 30 Jahre alter, bis dahin gesunder Mann erkrankte an Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Blässe, Abmagerung, wäßrigem Erbrechen am Morgen, linksseitiger Schwerhörigkeit, Schwindel, linksseitigen Augenstörungen — Augenschwäche, Gefühl von zu weit offenem Auge und von Vorgedrängtsein des Bulbus. Der Schwindel nahm zu, so daß, wenn Pat. stehen wollte, er stets nach hinten über zu fallen drohte; dabei spreizte er die Beine, sein Körper zitterte wie beim Alkoholiker. Sehnenreflexe erhöht, Muskeltonus ein wenig herabgesetzt. Muskellähmungen fehlen, Sensibilität normal, keine Kopfschmerzen. Nach einigen Monaten verschlimmern sich die Augensymptome, es tritt Abducenslähmung und Nystagmus auf. Keine Papillenveränderung. Keine motorische Aphasie. Bewegungen der Zunge verlangsamt. Schluckbeschwerden. Herz und Gefäße normal.

Intelligenz ungestört. Schlaf schwer und schnarchend, keine Gaumensegellähmung. Diagnose: Geschwulst im linken Kleinhirn.

Etwa 1/2 Jahr nach Beginn der Krankheit machte W. die Kraniektomie nach Picqué und Mauclaire. Querschnitt längs der Linea occip. ext. 7 cm lang linkerseits, zwei senkrechte Schnitte von den Ecken des ersten Schnittes abwärts 4 cm lang. Perforation der vier Ecken, Durchtrennung des Knochens mit Drahtsäge, Herabklappen des osteo-muskulo-kutanen Lappens. Die Dura mater wird eingeschnitten, das Kleinhirn quillt vor, es wird eingeschnitten, 2 cm tief. Eine Neubildung wird nicht gefunden. Der Kranke bekommt Kollapserscheinungen, man schließt die Wunde. 4 Stunden nach der Operation Tod. Die Sektion ergab ein Gliosarkom in der Protuberantia annullaris des linken Ventrikels, welcher erweitert war und sich auf Kosten des rechten Ventrikels breit gemacht hatte. Von der Protuberanz aus hatte die Geschwulst die linke Hälfte der Varolobrücke ergriffen und mehr als die Hälfte davon zerstört.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

28) **M. A. Ssamoglenko.** Über Cephalocele naso-frontalis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 3.)

Verf. beschreibt zwei in der Heidelberger chirurgischen Klinik bei Kindern derselben Familie beobachtete Fälle von Cephalocele naso-frontalis. Im Anschluß an die ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten wird die Klassifikation der Hirnbrüche, ihre Ätiologie und schließlich die Therapie besprochen.

Blauel (Tübingen).

29) **Engelhardt.** Zur Frage der Dauerheilung nach operativer Behandlung der traumatischen Jackson'schen Epilepsie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 3.)

Es wird zunächst Bericht erstattet über zwei im Jahre 1896, 5 Jahre nach der Operation, als geheilt in der Münchener med. Wochenschrift mitgeteilte Fälle. Der eine ist 12 Jahre nach der Operation geheilt geblieben, abgesehen von einem Anfalle 1 1/2 Jahre nach der Operation, der andere hatte durch fortdauernde Häufung der Anfälle so zu leiden, daß er im Jahre 1898 freiwillig in den Tod ging. Hieraus geht hervor, daß der gewöhnlich für eine Dauerheilung beanspruchte Zeitraum von 3 resp. 6 Jahren nicht ausreichend ist. Im Anschluß hieran wird ein dritter Fall mitgeteilt, der ebenfalls unter dem Bilde der Jackson'schen Epilepsie verlief, und in welchem sich bei der Operation vor 7 Monaten in der Nähe des Sulcus centr. eine Geschwulst zeigte, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als kavernöses Angiom — wahrscheinlich angeboren — erwies. Sie wurde mitsamt der Hirnrinde in etwa Zweimarkstückgröße entfernt. Wichtig war in dem Falle noch für die Diagnose die Störung des steregnostischen Sinnes der linken Hand.

Borchard (Posen).

30) **Spiller.** A report of five cases of tumor of the brain with operation.

(Amer. journ. of the med. sciences Vol. CXXVII. Nr. 2.)

31) **Frazier.** A discussion of the surgery of tumors of the brain.

(Ibid.)

Den klinischen Teil der den beiden Publikationen zugrunde liegenden Beobachtungen bildet die Arbeit des Neurologen S., während das chirurgisch Interessante an den Fällen von F. besprochen wird.

Auf Grund seiner bei diesen und einer Reihe anderer Fälle gemachten Erfahrungen kommt F. zu folgenden Schlüssen: Bei der Operation der Hirngeschwülste ist ein Hauptgewicht auf die Verhinderung des Zustandekommens des gefährlichen Choks zu legen durch Vermeidung langer Operationen, starker Blutung und roher Behandlung der Gehirnsubstanz; Verf. benutzt deshalb zur Kon-

trolle während der Operation ein Sphygmograph. Die temporäre Unterbindung der Karotiden, die F. mehrfach ausgeführt hat, ist zweck- und nicht gefahrlos. Bei nahendem Kollaps — Sinken des Blutdruckes — soll die Operation abgebrochen und zweizeitig operiert werden. Auch bei nicht genauer Lokalisation des Geschwulstsitzes kann bei heftigen Schmerzen durch eine Trepanation dem Pat. große Erleichterung gebracht werden. Die operativen Resultate haben sich in der letzten Zeit sehr verbessert. Von 101 Operierten, die Woolsey zusammenstellte, starben 11,8% in den ersten 24 Stunden und 25,7% in den ersten 3 Wochen, während v. Bergmann 25% primäre Sterblichkeit ausrechnet.

Von den fünf der Arbeit zugrunde liegenden Fällen ist der erste bereits veröffentlicht (d. Journal 1903 Juli). Der zweite betrifft ein Sarkom der Rindensubstanz, durch dessen Entfernung vorübergehende Erleichterung geschaffen wurde, das aber rezidivierend zum Tode führte. Die Geschwulst des dritten Falles wurde ihres tiefen Sitzes wegen nicht gefunden; nach mehrwöchentlicher subjektiver Besserung Tod. Im vierten Falle fand sich an Stelle der vermuteten Geschwulst ein tuberkulöser Prozeß; der Kranke ging am 4. Tage an Lungenödem zugrunde. Beim fünften Falle kam es bloß bis zu einer Freilegung der im Kleinhirn sitzenden Geschwulst; die Operation mußte abgebrochen werden, und der Pat. starb 13 Stunden später. **Engelmann** (Dortmund).

32) P. Jacques. **Deux cas d'abcès cérébelleux otique.**

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1903. Nr. 49.)

Die Pat. erkrankten im Verlauf einer alten Otorrhöe unter schweren Symptomen. Im ersten Falle wurde bei der Operation außer einer ausgedehnten Warzenfortsatzerkrankung ein subduraler Abszeß der hinteren Schädelgrube gefunden; nach 3 Wochen wurde eine zweite Operation notwendig; die Lumbalpunktion ergab klare Flüssigkeit unter normalem Drucke. Die Exploration des Schläfenlappens führte zu keinem Ergebnis, die des Kleinhirns wurde wegen Fehlens ausgesprochener cerebellarer Symptome unterlassen. Die Autopsie zeigte einen von dem subduralen Abszeß isolierten Eiterherd, als dessen einziges Symptom nachträglich ein dauernd schmerzhafter Punkt am rechten Parietale anzusehen war. Im zweiten Falle leiteten hochgradige Erregung und öfteres Schreien nach der Mastoidoperation auf eine tieferliegende Komplikation hin; hier wurde ein mit dem extraduralen Herde zusammenhängender Kleinhirnabszeß gefunden; Pat. starb nach $3^1/_2$ Monaten, weil die Eltern ihn der dauernden Überwachung der Ärzte entzogen und so eine sorgfältige Drainage unmöglich machten.

Von Interesse ist der Ausfall der Lumbalpunktion: Im ersten Falle hatte dieselbe gelegentlich der ersten Operation (Freilegung des subduralen Abszesses) erhöhten Druck, minimale Trübung, Sterilität ergeben. Bei der zweiten Operation trotz des durch Autopsie erwiesenen Kleinhirnabszesses absolut normalen Liquor. Während also anfangs, meint Verf., die Beschaffenheit der Lumbalflüssigkeit auf eine meningeale Reizung hindeutete, war bei der zweiten Operation der diese veranlassende subdurale Abszeß geheilt und der Cerebellarabszeß hatte noch nicht zu einer Infektion des gesamten Subarachnoidalraumes geführt. Ebenso im zweiten Falle, wo trotz des Kleinhirnabszeßes das Punktionsergebnis normale Verhältnisse bot.

Diese Beobachtungen beweisen wieder, wie unzulänglich noch immer die Lokalisationsdiagnose endokranieller Eiterungen ist, wie man meist in Anlehnung an einzelne Anzeichen (persistente Druckstellen) zuerst den vermuteten Ort aufsuchen muß, gewärtig im Anschluß daran weiter die erfahrungsgemäß in Betracht kommenden Regionen zu durchforschen. Nur so wird man vorläufig imstande sein, noch frühzeitig genug Hirnabszesse zu eröffnen und so die Heilerfolge zu mehren. Auch für die Verwertung des Ergebnisses der Lumbalpunktion lassen sich vorläufig noch keine allgemeinen bindenden Leitsätze formulieren, muß man eben von Fall zu Fall entscheiden. F. **Alexander** (Frankfurt a. M.).

33) E. J. Moure et Brindel. Résultats des injections de paraffine faites sons la muqueuse pituitaire chez 70 malades, atteints de coryza atrophique ozénateux-type.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1903. Nr. 41.)

Verff. wandten nach Eckstein Paraffin mit Schmelzpunkt von 60° an. Wenn auch die Technik praktisch erlernt werden muß, so sei doch auf einige wichtige Fingerzeige hingewiesen. M. und B. verwenden eine starke Spritze ohne Kautschukhülle. Sie spritzen rasch nach der Kokainisierung, um eine zu große Retraktion der Schleimhaut zu vermeiden, ein, und zwar manchmal beider-, manchmal einseitig; in der ersten Sitzung jedoch nur in die hintere Hälfte, nach 3 bis 4 Wochen in die vordere; bleibt trotzdem durch hochgradige Atrophie der unteren Muschel ein weiter Raum, so werden einige Spinae in das Septum injiziert. Ein unüberwindliches Hindernis bietet die Schleimhaut, die sich von der Unterlage nicht mehr abheben läßt. Zur Vermeidung starker reaktiver Schwellung empfehlen sich feuchtwarme Umschläge auf Wange und Auge; Druck auf den inneren Augenwinkel verhindert eine ungewünschte Ausdehnung des Paraffins. In fünf Fällen wurde eine leichte Phlebitis der Vena facialis beobachtet. Wandern kleine Paraffindepots unter die Gesichtshaut, so werden dieselben nach Inzision ausgelöffelt. Austreten von Paraffin aus der Schleimhaut erfolgte einmal aus unbekannter Ursache, einmal gelegentlich eines akuten Schnupfens. Bei einem Erwachsenen, dessen Schleimhaut einen mittleren Grad von Atrophie aufweist, und dessen Sinus gesund sind, halten die Verff. das Verfahren stets für angezeigt. Krusten und Fötor sind nicht von Belang und bieten keine Kontraindikation. Die Pat. standen im Alter von 9—59 Jahren. Unter 123 Fällen, die 7—18 Monate nach Abschluß des Verfahrens kontrolliert wurden, bezeichnen die Verff. als geheilt 76, gebessert 33, ungeheilt 14. Weitere Einzelheiten der ausführlichen Arbeit sind im Originale nachzulesen. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

34) Delangre (Tournai). Malformations traumatiques traités par l'inclusion prothétique de la paraffine: application de moules en vulcanite pour maintenir le modelage jusqu'à restauration complète. — Rapport de M. A. Guinard.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 389.)

Ein 46jähriger Offizier hatte durch Hufschlag eine schwere Entstellung erlitten. Trotz mehrfacher operativer Eingriffe blieb eine Einsenkung der Nase bestehen, die von den Nasenknorpeln bis zum unteren Drittel des Stirnbeines reichte und sich nach links hin bis 5 cm oberhalb der Augenbraue verlängerte. In zwei Sitzungen machte D. zehn bis zwölf Paraffininjektionen in den ganzen Bereich der Einsenkung; das Paraffin drang indes zwischen die straffen Narbenzüge nur schwer und unter Schmerzen ein. Auf Grund der wiederholt von ihm gemachten Beobachtung, daß der Einschluß von Vaseline allmählich das Gewebe lockert und weich macht, verschob D. daher weitere Injektionen um $^1/_2$ Jahr und konnte dann in der Tat leicht die kosmetische Operation durch neue Paraffineinspritzungen vollenden. — Um eine mehrfach beobachtete Verschleppung des eingespritzten Paraffins in die Nachbarschaft zu verhindern, ließ D. seinem Pat. mehrere Wochen hindurch einen nach einem Gipsabguß modellierten Apparat tragen, der die neugeschaffene Form der Nase so lange sicherte, bis um das injizierte Paraffin sich genügend feste Verwachsungen gebildet hatten. Er erzielte ein sehr zufriedenstellendes Resultat.

Wert legt D., abgesehen von der Verwendung von Paraffin mit einem Schmelzpunkt von 55° statt der früher üblichen Vaseline, darauf, daß die Injektionen auf mehrere Sitzungen verteilt werden und stets ein Retentionsapparat für längere Zeit getragen wird.

Der Berichterstatter Guinard berichtet weiter über einen von ihm erfolgreich mit Vaselininjektionen behandelten Fall von gleichfalls traumatischer Abplattung

der Nase. Er hebt aber hervor, daß, obwohl das gute Resultat sich seit 10 Monaten erhalten habe, doch das Paraffin vor dem Vaselin den Vorzug verdiene, da alle bisher bekannt gewordenen Unglücksfälle nach solchen Injektionen nur nach Vaselineinspritzungen beobachtet worden seien.

In der Diskussion teilt Lejars einen von anderer Seite operierten Fall mit, in welchem die allmähliche Verschleppung des eingespritzten Paraffins in die Nachbarschaft eine hochgradige Entstellung, Schwellung der Lider und Wangen, und Funktionsstörung dadurch bedingte, daß die stark verdickten, schweren oberen Augenlider über die Augäpfel herabhingen und das Sehen hinderten. — Interessant ist auch eine Beobachtung Tuffier's, eine Frau betreffend mit eigentümlichen Ulzerationen und Verdickungen an beiden Brüsten, deren Ursache, wie die Frau schließlich zugestand, in Paraffininjektionen zu suchen war, die sie sich einige Monate vorher hatte machen lassen. **Reichel** (Chemnitz).

35) **L. M. Hurd and W. A. Holden.** A case of paraffin injection into the nose followed immediately by blindness from embolism of the central artery of the retina.

(New York med. record 1903. Juli 11.)

Verff. erlebten bei der zweiten Korrektur einer Paraffinnase eine Embolie der rechten Arteria centralis retinae. Alle Versuche, den Embolus zu entfernen (Digitalis, Amylnitrit, Massage, Glonoin) waren vergeblich. Verff. nehmen ein offenes Foramen ovale an, wodurch der Fremdkörper aus einer Vene unter Umgehung des Lungenkreislaufes in die Arterie kam. Die Gefahr soll durch vorherige Aspiration zur Feststellung eines etwaigen Veneneinstiches verringert werden. Ruhige Haltung der Nadel während der Injektion ist auch von Wichtigkeit. Einen gleichen Fall publizierte Leiser (Deutsche med. Wochenschrift 1902 April).

Loewenhardt (Breslau).

36) **M. Seyffert.** Ein neues Nasenspekulum.

(Ärztliche Polytechnik 1904. Januar.)

An obigem zweiblättrigem Spekulum sind alle Schrauben vermieden. Es wird mit der linken Hand bedient, indem leichter Druck auf einen Hebel das Spekulum öffnet; dabei gleitet das untere Blatt durch Führungsstifte in dem oberen geschlitzten Blatte, so daß ein sehr ergiebiges Öffnen erzielt wird. Das Spekulum ist in zwei Größen vorrätig bei H. Windler in Berlin.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

37) **E. Escat.** Sept cas de sinusite maxillaire traités et guéris par la méthode du Claoué.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 6.)

Die Methode besteht in folgendem: Unter Kokain-Adrenalinanästhesie wird die untere Muschel mit Schere und kalter Schlinge abgetragen; nach abermaliger Anästhesierung der lateralen Nasenwand wird der Sinus ebenda mittels elektromotorisch getriebener Fraise eröffnet; Verf. nimmt solche zu 8 und 12 mm, die kurz dauernde Eröffnung selbst ist schmerzhaft. Vergrößerung der Öffnung mittels schneidender Zange, Ausspülung mit Wasser oder Kal. hypermanganicum. Injektion von 10%igem Chlorzink. Pulverinsufflation. Lockere Drainage mit einem Gazestreifen. Nur zwei Pat. klagten 24 Stunden lang über Schmerzen und Schlaflosigkeit. Der Gazestreifen wurde anfangs nach 48 Stunden, später nach 24 Stunden entfernt. 5—8 Tage waren tägliche Spülungen erforderlich, dann alle 2—3 Tage, später einmal wöchentlich. Die Eröffnung mittels eines rechtwinklig gebogenen Trokars wurde aufgegeben, weil zu schmerzhaft und bei dicker Wand unanwendbar.

Alle sieben Fälle waren in wenig Wochen geheilt. Das Verfahren erscheine für die Fälle besonders geeignet, die zwischen den leichten durch einige Spülungen glatt heilenden und den hartnäckigen mit starker Granulationsbildung

einhergehenden Eiterungen liegen, welch letztere einen radikaleren Eingriff erheischen. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

38) H. Ebel. Zur Statistik des Karzinoms der Unterlippe.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 3.)

In der Prager chirurgischen Klinik wurden in den Jahren 1895—1902 insgesamt 199 Fälle von Unterlippenkrebs beobachtet, 180 davon operiert. Es werden Ätiologie, Lebensalter, Wachstum und schließlich die ausgeführten Operationen mit ihren Resultaten besprochen. Letztere sind als sehr günstige zu bezeichnen, indem 80,2% derjenigen Operierten, über welche Nachuntersuchungen vorlagen, dauernd geheilt waren. Den Grund für diese guten Resultate sieht Verf. 1) in) der bei schweren Fällen angewandten Visierlappenmethode, welche eine so weitgehende Plastik ermöglicht, daß auch ausgedehnte Exzisionen des lokalen Herdes leicht vorzunehmen sind, 2) darin, daß auch bei allen anderen Methoden der primäre Herd möglichst ausgiebig exzidiert und die Drüsen an der Carotis, welche offenbar in manchen Fällen den Boden für das Auftreten eines Rezidives abgeben, entfernt wurden.

Verf. kommt zu den Schlußfolgerungen, daß der Unterlippenkrebs in der Mehrzahl der Fälle durch frühzeitige, gründliche Operation geheilt werden kann. Hohes Alter kontraindiziert die Operation nicht, wohl aber anormaler Lungenbefund; alle Affektionen der Lunge beeinflussen die Prognose in ungünstigem Sinne. Die Operation soll ohne Rücksicht auf die spätere Plastik in sehr ausgiebiger lokaler Exzision und prinzipiell weitgehender Ausräumung aller regionären Lymphdrüsen bestehen. Die Lappenbildung ist dem linearen Schnitte bei Aufsuchung der Drüsen am Halse vorzuziehen. **Blauel** (Tübingen).

39) J. H. Wright. Protozoa in a case of tropical ulcer (»Delhi Sore«).

(Journ. of med. research 1903. Dezember.)

W. fand in einer Orientbeule von der linken Wange einer 9jährigen Armenierin unter den das Korium infiltrierenden Zellen große, relativ protoplasmareiche mit einem bläschenförmigen Kern, die vollgepfropft waren mit einer großen Zahl eigentümlicher Körperchen. In Paraffinpräparaten hatten sie das Aussehen von basophilen Granulis und die Größe gewöhnlicher Eiterkokken und waren von einem Hof umgeben. Nur in dünnen Schnitten und vor allem in nach Romanowsky (Methylenblau-Eosin-Methylalkohol) gefärbten Deckglasausstrichen konnte Verf. sie bei starker Vergrößerung als Protozoen von 2—4 μ Durchmesser mit einer größeren und einer kleineren, kräftig lila sich färbenden Masse erkennen. Der Zelleib war im allgemeinen kuglig und scharf begrenzt und nahm nur an der Peripherie eine blaßblaue Farbe an; bei größeren Individuen wiesen Einschnürung desselben und der Kerne bezw. Verdopplung der letzteren auf Vermehrung durch Zellteilung hin. Sporulation fehlte.

Verf. schlägt für diesen Parasiten den Namen Helcosoma tropicum vor.

Er glaubt, daß seine Befunde mit den von Cunningham 1885 und Riehl 1886 veröffentlichten übereinstimmen, nur daß Cunningham die ganze Zelle mit Inhalt als ein in Sporenbildung begriffenes Plasmodium (von Firth 1891 Sporozoa furunculosa genannt) ansah, während Riehl die von W. als Protozoen gedeuteten Mikroorganismen als Kapselkokken betrachtet.

Mit dem gewonnenen Materiale wurden Kaninchen in Haut- und Corneaskarifikationen, sowie subkutan ohne Erfolg geimpft. — Eine Vermehrung der Parasiten im menschlichen Blute bei Bruttemperatur fand nicht statt.

Genaue Angaben für die Zubereitung und Verwendung der Farbflüssigkeit und 16 Mikrophotographien auf Tafeln beschließen die Arbeit.

Gutzeit (Neidenburg).

40) P. Sebileau. Résection partielle de la branche horizontale de la machoire inférieure pour une épulis récidivante. Prothèse immédiate par un appareil porcelaine.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 356.)

Zum sofortigen Ersatz eines $2^1/_2$ cm langen, aus der Kontinuität des Unterkiefers resezierten Knochenstückes bediente sich S. mit bestem Erfolg einer von Delair erfundenen Prothese aus Hartporzellan. Dies Material, nahezu unzerstörbar und der Zersetzung unzugänglich, eignet sich vorzüglich zur Nachbildung jedes Knochens oder Knochenstückes und übertrifft bedeutend den Hartkautschuk, der nach einiger Zeit porös wird und die Sekrete des Mundes eindringen läßt. Bezüglich der eigenartigen Befestigung der Prothese muß auf das Original verwiesen werden. **Reichel** (Chemnitz).

41) F. Matrosimone. Mixosarcoma primitivo della lingua.

(Policlinico Ser. chirurg. 1903. Nr. 11.)

Es sind in seltenen Fällen sarkomatöse Geschwülste der Lunge beschrieben worden, als deren Ausgangspunkt bald Lymphfollikel an der Zungenbasis oder die Kuhn'sche Zungendrüse angesehen wurde. M. beschreibt ein Myxosarkom, welches vom submukösen Bindegewebe ausging, die Muskulatur intakt ließ, als kegelförmige Geschwulst am rechten Zungenrande wucherte und auf mehrfache Exzisionen jedesmal rasch rezidivierte, von einer 55jährigen Frau.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

42) J. Riedinger. Über Rotationsluxation der Lendenwirbelsäule.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 1.)

Obschon von Wagner, Stolper und anderen Autoren der Rotationsluxation der Lendenwirbelsäule jede Existenzberechtigung abgesprochen wird, ist R. in der Lage, einen derartigen Fall, den ersten in der Literatur, mitzuteilen, dessen plötzliche Heilung und vollkommene Restitutio ad integrum jedenfalls keine andere Deutung zuläßt.

Bei einer 25jährigen Tagelöhnerin, die vom Heuboden 5 m herab auf die Tenne gefallen war, fand R. 7 Monate nach diesem Falle eine Knickung der Lendenwirbelsäule zwischen dem vierten und fünften Lendenwirbel nach links ohne einseitige Rotation resp. Torsion der ganzen Lendenwirbelsäule, eine sekundäre, linkskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule, Hochstand des linken Beckens und Drehung desselben um die Längsachse des Körpers nach vorn mit dem entsprechender Veränderung des Ganges, starker Diastase zwischen viertem und fünftem Lendenwirbel, Abweichen des Dornfortsatzes des vierten Lendenwirbels mit den darüber gelegenen Dornfortsätzen nach rechts, genau lokalisiertem Schmerz und Störungen der aktiven und passiven Beweglichkeit.

Als Pat. an dem Zander'schen Apparate C 2 eine starke Anteflexion und darauf eine starke Retroflexion der Wirbelsäule machte, wurde die Deformität unter einem schnappenden Geräusche beseitigt. R. nimmt an, daß der rechte untere Gelenkfortsatz des vierten Lendenwirbels dem rechten oberen Gelenkfortsatz des fünften Lendenwirbels aufsaß. Durch starke Anteflexion der Wirbelsäule wurde der aufsitzende Gelenkfortsatz aus seiner Fixation befreit und konnte während der Retroflexion in seine frühere Lage zurückkehren.

Hartmann (Kassel).

43) F. Schultze. Zur Diagnostik und operativen Behandlung der Rückenmarkshauttumoren.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 1.)

Der Bonner Kliniker gibt in diesem Aufsatz alle seine Erfahrungen auf dem Gebiete der Rückenmarkshautgeschwülste seit dem Jahre 1889, ohne irgendwelche zu verschweigen und ohne vor allem irgendwelche diagnostischen Irrtümer zu ver-

hehlen. Er gibt die ausführlichen Krankengeschichten von zehn Fällen und fügt bei den eingehenden diagnostischen Erörterungen weitere Beobachtungen hinzu, welche differentialdiagnostisch von Wichtigkeit sind (multiple Sklerose, multiple Geschwülste im Rückenmark und Gehirn u. a.). Nur in einem Falle lag eine Fehldiagnose vor (es fand sich keine Geschwulst, sondern Erweichung des Rückenmarkes und entzündliche Infiltration von Spinalganglien), in einem zweiten wurde die Diagnose offen gelassen, während in den übrigen die Diagnose richtig auf eine extramedulläre Geschwulst gestellt wurde. Wenn man von jenem ersten Falle, bei dem eine Fehldiagnose vorlag, absieht, so wurde in sieben Fällen von Geschwulst operiert; in zwei weiteren wurde eine Operation nicht vorgenommen, das eine Mal, weil die Geschwulst zu hoch saß, im alleroberstenTeile des Halsteiles, das andere Mal, weil die Diagnose zu unsicher war und später auch noch der Allgemeinzustand des Kranken zu schlecht erschien. In drei von diesen sieben Fällen wurde dauernde Heilung erzielt, in einem vierten Falle dauernde Besserung. Die drei anderen Pat. gingen zugrunde; einmal, es handelte sich um eine Caudageschwulst, erwies sich die Geschwulst zu ausgedehnt und konnte nicht vollständig entfernt werden; im zweiten Falle, in dem zugleich extra- und intradural eine Geschwulst bestand, wurde sie nicht gefunden; im dritten, wo die Geschwulst gegenüber der Halsanschwellung saß, trat der Tod aus unbekannter Ursache 12 Stunden nach der Operation plötzlich ein. — Die meisten dieser Operationen wurden von Schede ausgeführt.

S. betont mit Recht, daß man mit den bisherigen Erfolgen zufrieden sein kann, jedenfalls viel mehr, als mit denjenigen der Hirnchirurgie, von denen man sich so viel versprach. **Haeckel** (Stettin).

44) P. Reclus. Tumeurs du corpuscule rétro-carotidien.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 497.)

Die bisher noch kleine Zahl operierter Geschwülste des Corpus retrocarotideum vermehrt R. um einen neuen Fall, die zehnte bisher bekannt gewordene Beobachtung. Es handelte sich um eine 49jährige Frau, die wegen eines Brustkrebses in Behandlung trat. Sie hatte gleichzeitig eine etwas mehr als taubeneigroße Geschwulst, welche an der linken Halsseite saß, nach abwärts bis zum oberen Rande des Schildknorpels, nach oben bis zum unteren Abschnitte der Parotis sich erstreckte, nach vorn den Rand des Kopfnickers überragte, nach hinten von ihm bedeckt wurde, nach der Tiefe zu sich gegen die Rachenwand anlehnte. Sie war weich, ließ sich durch Druck verkleinern, nahm nach Weglassen des Druckes ihre ursprüngliche Größe wieder an, aber nicht auf einmal, sondern binnen zwei bis drei Pulsschlägen. Sie zeigte deutliche Pulsation, doch nur von der Carotis aus fortgeleitet. — Entwickelt hatte sich die Geschwulst langsam innerhalb 5 Jahren. — Auf Grund des charakteristischen Sitzes und der angegebenen Zeichen wurde die richtige Diagnose gestellt. — R. gelang die Exstirpation der Geschwulst, ohne die Carotiden unterbinden zu müssen, obwohl die Geschwulst der Teilungsstelle der Carotis derart aufsaß, daß die Carotis interna sie direkt zu durchbohren schien und ebenso wie die Externa eine tiefe Furche in sie gegraben hatte. Der Verlauf war nur durch eine vorübergehende Parese der zum Munde gehenden Äste des Facialis leicht gestört. — Nach der mikroskopischen Untersuchung der in jeder Richtung 4—5 cm messenden Geschwulst handelte es sich um ein Endo- und Peritheliom.

Von den bisher operierten zehn Pat. sind zwei an den Folgen der Operation gestorben, ein dritter bekam einen apoplektischen Insult, und fünfmal wurden mehr oder weniger schwere Störungen von seiten des N. laryngeus und des N. facialis beobachtet. Nur zweimal war das Heilresultat ein vollkommenes. Deshalb neigt R. der Ansicht zu, daß man derartige Geschwülste, da sie nach allen bisherigen Erfahrungen gutartiger Natur seien, am besten überhaupt nicht operieren solle. **Reichel** (Chemnitz).

45) **Gaudier.** Volumineuse tumeur bénigne du pharynx laryngé, ablation par la voïe tfanshyoïdienne.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 10.)

Bei einer 52jährigen Frau, die seit einem Jahre an immer mehr zunehmenden Schluckbeschwerden litt, fand sich zwischen Rachen und Kehlkopf in der Höhe von dessen hinterer Wand eine große, gestielte Geschwulst von derbelastischer Konsistenz. Am hängenden Kopfe wurde nach vorausgegangener Tracheotomie ein Schnitt vom Schildknorpel bis über das Zungenbein geführt und dieses mit der Drahtsäge halbiert, sodann Inzision der Membrana thyreo-hyoidea; zwischen Zunge und Epiglottis wurde inzidiert und die Geschwulst zugänglich gemacht; Abtragung mit der Glühschlinge, Kauterisation der Insertionsstelle. Sorgfältige Naht der Wunde. Die Trachealkanüle wurde 24 Stunden belassen; als nach 8 Tagen die Ösophagussonde fortgelassen werden sollte, gelangten noch Speisen in den Kehlkopf, dazu gesellten sich Husten und eine akute Laryngitis, so daß erst nach 3 Monaten die Ernährung ohne Sonde möglich war. Histologische Untersuchung fehlt.

Im Anschluß hieran zitiert Verf. noch vier derartige Geschwülste aus der Literatur, die an der lateralen Rachenwand unterhalb der Tonsille, an der vorderen Rachenwand, an der Hinterfläche des Ringknorpel und der aryepiglottischen Falte ihre Insertion hatten. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

46) **Massier.** Note sur un cas de cancer du larynx, traité par les rayons de Roentgen.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1904. Nr. 10.)

Ein 65jähriger Mann besaß eine das ganze linke Stimmband einnehmende, sowohl in den subglottischen Raum als auch bis in den Ventrikel reichende, harte, exulzerierte Neubildung. Da ein operativer Eingriff abgelehnt wurde, wuchs die Geschwulst stark bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Nach weiteren 5 Monaten zwei Bestrahlungen von je 10 Minuten Dauer; dann trat eine wesentliche Besserung ein, die auch objektiv nachweisbar war. Nach der achten Sitzung plötzliche Verschlimmerung, welche die Tracheotomie notwendig machte. 14 Tage später Tod.

Trotz dieses unglücklichen Ausganges kann eine günstige Beeinflussung nicht weggeleugnet werden, und versprächen die Bestrahlungen in weniger verzweifelten Fällen vielleicht noch bessere Erfolge. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

47) **Hampeln.** Zur Pathologie des Ösophaguskarzinoms.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1903. Nr. 42.)

Auf Grund von 60 Sektionsbefunden und sehr zahlreichen Beobachtungen bespricht H. einige für die Pathologie des Speiseröhrenkrebses wichtige Verhältnisse.

Zunächst findet die vielfach geäußerte Ansicht von einer geringen Neigung des Leidens zu Metastasen auch an H.'s Material ihre Bestätigung. Kein einziges Mal konnte er eine sichere Organmetastase, d. h. eine von der Speiseröhre herstammende, nachweisen. Viermal allerdings fand er Metastasen in der Leber, doch betrafen das Fälle, in denen das Karzinom schon auf die Cardia übergegriffen hatte. Im Gegensatze dazu traten andere Komplikationen ungewöhnlich häufig auf, nämlich Fortschreiten des Karzinoms auf die Umgebung und ulzeröse Perforation der Speiseröhre in das Mediastinum, die Lungen oder die Aorta hinein.

Profuse Blutungen aus dem Karzinom traten unter 215 behandelten Fällen 12mal auf. Sehr bemerkenswert ist, daß nur zwei derselben durch Perforation in die Aorta zustande kamen; die übrigen erfolgten aus dem Geschwür ohne sichtbare Gefäßschädigungen.

Bezüglich des häufigsten Sitzes des Karzinoms ergab sich, daß in 80% der Fälle dasselbe im untersten Teile der Speiseröhre saß. Sitz einer Stenose 30 bis 34 cm von der Zahnreihe spricht nach Ausschluß der Ätzstriktur also sehr für Karzinom, um so mehr, als andere Veranlassungen zur Stenose an dieser Stelle,

wie Geschwürsnarben, Kompression durch umliegende Drüsentumoren, Abszesse, Aneurysmen, zu den Seltenheiten gehören. **Haeckel** (Stettin).

48) **Lejars.** De l'intervention dans la gangrène pulmonaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 503.)

L. hat fünfmal wegen Lungenbrand operiert, und zwar dreimal mit bestem Erfolge, schließlich vollständiger Genesung der Pat. Zwei Operierte starben, der eine, schon zu sehr heruntergekommen, wenige Stunden nach dem Eingriffe, der andere infolge vorgeschrittener Tuberkulose nach 6 Wochen. — L. glaubt, daß wir zurzeit den Wert der Operation bei Lungengangrän noch nicht genügend abschätzen können; wir haben wohl Statistiken über ihre Mortalität, die nach Tuffier 40%, nach Garrè und Sultan 34% beträgt; wir wissen aber noch nicht sicher, in welchem Prozentsatz durch die Operation auch wirkliche Heilung erzielt wurde, über die wahren Endresultate ist noch zu wenig bekannt. L. rät zur Vornahme der Operation nur unter ganz bestimmten Bedingungen. Er verlangt 1) daß der brandige Lungenherd, wenn nicht ganz exakt präzisiert, mindestens auf eine bestimmte zugängliche Zone lokalisiert sei, 2) daß die andere Lunge nicht auch schon zu schwer erkrankt sei.

Man solle daher nicht zu früh operieren, da die Gefahren der Blutung, der Infektion der Pleurahöhle und der Überschwemmung der gesunden Abschnitte der Lunge durch den jauchenden Inhalt der Gangränhöhlen sehr erhebliche seien, sondern bis zu einer genügenden Lokalisation zuwarten.

Die sehr interessanten Krankengeschichten müssen im Originale nachgelesen werden. **Reichel** (Chemnitz).

49) **Tuffier.** De la gangrène pulmonaire au point de vue chirurgicale.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 529.)

T. betont, daß in der Frage der Behandlung der Lungengangrän unsere Bemühungen zunächst mehr darauf gerichtet sein müssen, die Diagnose sicherzustellen, als die Therapie zu vervollkommnen. Indikation und Prognose der Operation sind verschieden nach der Natur, d. h. je nach der Ursache und der Form der Lungengangrän. Die diffusen gangräneszierenden Bronchopneumonien scheiden, weil aussichtslos, aus der chirurgischen Behandlung aus. Günstiger für eine solche liegen: 1) die Fälle von akuter metapneumonischer Lungengangrän mit Pleuritis der Nachbarschaft; sie sitzen im allgemeinen oberflächlich und kommunizieren oft mit einer oder mehreren interlobären pleuralen Eiteransammlungen und heilen leicht und vollständig nach entsprechender Drainage; 2) die Fälle von Lungenbrand, welche sich an multiple und chronische Bronchiektasien anschließen oder durch Aspiration von Fremdkörpern, festen wie flüssigen, bedingt sind. Bei ihnen wird freilich oft nur eine operative Heilung, aber doch keine völlige Genesung erzielt. — Seit der letzten Publikation seiner Fälle durch Villière 1898 hat T. 11 weitere Fälle von Lungenbrand operiert mit vier Todesfällen; vollständig geheilt wurden indes nur zwei Pat., die übrigen fünf nur wesentlich gebessert.

Reichel (Chemnitz).

50) **Bazy.** Du diagnostic et de l'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 554.)

B. macht auf die Schwierigkeit der Diagnose des Sitzes gangränöser Lungenherde aufmerksam. Als diagnostisch wichtig bezeichnet er ein bald inspiratorisches, bald exspiratorisches, wenn auch oft nur flüchtiges, blasendes Geräusch und lebhaften Druckschmerz an dieser Stelle. Er teilt 5 Fälle mit, in denen er wegen Lungengangrän die Pneumotomie machte, zweimal mit tödlichem Ausgange, dreimal mit Genesung, ferner einen Fall erfolgreich operierten vereiterten Lungenechinokokkus und einen tödlich endenden Fall von abgesackter interlobärer Eiterung.

Reichel (Chemnitz).

51) Monod. A propos de l'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 650.)

In zwei ausführlich mitgeteilten Fällen von Lungengangrän erzielte M. Heilung, im ersten sehr schnell, im anderen binnen 5 Monaten. M. teilt nicht die Ansicht Lejars' und Tuffier's, daß man von einer Operation besser absehen soll, wenn sich der intrapulmonale Herd gut durch die Bronchien entleert, verlangt vielmehr die operative Eröffnung und Drainage in jedem Falle, in dem der Sitz der Erkrankung sicher diagnostiziert und leicht erreicht werden kann. Großen Wert mißt er bezüglich der Diagnose wie der Behandlung der stets vorzunehmenden Probepunktion bei. Ist ihr Resultat negativ, so will er lieber auf die Operation verzichten, als den gefährlichen Weg des blinden Bohrens in der Lunge mit dem Finger oder Instrumente beschreiten. **Reichel** (Chemnitz).

52) W. W. Cheyne. The treatment of cancer of breast by operation.

(Lancet 1904. März 12.)

Die Erfahrungen des bekannten Chirurgen vom Kings College Hospital über seine Operationen von Brustkrebs. Er will die Operation kurz so ausgeführt wissen: Ausgiebige Entfernung der Haut über den karzinomatösen Partien, stetiges Mitnehmen der Fascie des großen Pectoralis und der des Serratus magnus, wenn dieser in der Axilla zutage tritt. Vom M. pectoralis magnus sollte wenigstens die ganze Sternalpartie entfernt werden. Der Pectoralis minor wird nur in die Achselhöhle schwer mitbetreffenden Fällen exstirpiert. Diese ganzen Partien sollen im Zusammenhange mit den Achseldrüsen und dem Achselfett entfernt werden, so daß die karzinomatösen Lymphwege keineswegs eröffnet werden. Zwecks Entfernung des hinter der Axillarvene gelegenen Fettes und der event. Drüsen ist die Vene stets emporzuheben und das dahinter liegende Gewebe auszuräumen. Verf. neigt in letzter Zeit dazu, auch die Drüsen und das Fett im hinteren Halsdreieck stets mit auszuräumen. Eine starke Vergrößerung der vorderen supraclaviculären Drüsen macht den Fall quoad Totalexstirpation unantastbar und seine Prognose ungünstig.

34 Privatkranke, nach diesen Gesichtspunkten operiert, konnten genau seit der Operation in ihrem weiteren Leben verfolgt werden, und es sind seit den Operationen 6—13 Jahre verflossen. 17 Fälle davon sind zurzeit am Leben und rezidivfrei = 50%. In 14 Fällen trat Rezidiv ein, dem 13 bereits erlagen. 2 Pat. starben an anderen Krankheiten, ohne Rezidiv. Wegen einer Pat. konnten ausreichende Daten nicht erhoben werden. Nach der jeweiligen Ausdehnung des Karzinoms gruppierend, operierte Verf.:

1) kleinere Geschwülste der Brust und mäßige axilläre Drüsen 19 Fälle: Heilung davon 68,4%;

2) deutlichere, größere axillare Geschwülste 13 Fälle: Heilung davon 46%;

3) Fälle mit auch supraclavicularem Karzinom 2 Fälle: Heilung 0.

Die Rezidive traten zu verschiedenen Zeiten auf, meist in inneren Organen, in einem Falle nach 13 Jahren in den Drüsen des hinteren Halsdreiecks. Verf. schließt die Mitteilung seiner günstigen Statistik mit der Betonung des für diese Operation wichtigsten Grundsatzes, daß das einzige Heil der Kranken hier in der ersten Operation liegt, und sie mit gründlichster Sorgfalt und Ausgiebigkeit auszuführen ist. **H. Ebbinghaus** (Berlin).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 20. **Sonnabend, den 21. Mai.** **1904.**

Zur Frage der intrathorakalen Operation der Speiseröhre.

Von

Dr. **Georg Kelling** in Dresden.

Im Sommer 1902 hatte ich eine Anzahl Versuche im physiologischen Institut der tierärztlichen Hochschule zu Dresden angestellt, um die Frage, ob und unter welchen Bedingungen Operationen am Brustteil der Speiseröhre ausführbar sind, zu prüfen. Am 17. Januar 1903 hielt Med.-Rat Lindner in der Gesellschaft f. Natur- u. Heilkunde zu Dresden einen Vortrag über chirurgische Interventionen bei Speiseröhrenverengerungen. Er besprach dabei auch die Frage der Operation des Ösophaguskarzinoms. In der daran schließenden Debatte

teilte ich einige Resultate meiner Versuche mit. Ich verweise auf die Diskussionsbemerkungen, wie sie sich in der Münchener med. Wochenschrift 1903 Nr. 7 p. 310 finden. Ich führte zuerst aus, daß das Mediastinum für die Vermeidung der Wundinfektion der allerungünstigste Ort im ganzen Körper sei; es ist nämlich ein lockeres Gewebe, von welchem aus infolge der Respiration die Bakterien ohne weiteres in das Lymphgefäßsystem und ins Blut abgesaugt werden. Ich bemerkte dann weiter, daß bei der Operation im Mediastinum kein negativer Druck vorhanden sein dürfe. Es müsse im Gegenteil Überdruck vorhanden sein, damit die Lymphe von den Wundflächen, anstatt angesaugt zu werden, abströmt. Zu diesem Zwecke müsse die künstliche Atmung so eingerichtet sein, daß bei ihr gegenüber der gewöhnlichen künstlichen Atmung der Physiologen nicht nur komprimierte Luft eingeblasen wird, sondern auch die Exspiration gegen Widerstand erfolgt. Ich hatte zu diesem Zweck eine kleine Kammer benutzt mit Ventil und Manometer, welche mit der Trachea durch eine Tamponkanüle luftdicht verbunden wurde. Es ist ganz dasselbe Prinzip, welches, nur im Detail verändert, Brauer und Petersen neuerdings angegeben haben, und zwar angeregt durch die Mitteilungen von Sauerbruch. Ich habe ferner ausgeführt (in dem Diskussionsbericht, auf dessen Abfassung ich keinen Einfluß hatte, ist das der Kürze wegen ausgelassen worden), daß der Hauptmangel meines Verfahrens darin besteht, daß dem Herzen eine Mehrarbeit zugemutet wird; denn der Blutdruck muß erhöht werden, wenn die Druckdifferenz zwischen Arterien und Venen erhalten bleiben soll. Gesunde Herzen leisten das, für Kranke ist das aber keineswegs gleichgültig. Diesem Mangel hat nun Sauerbruch in einer ebenso originellen als einfachen Weise abgeholfen, indem er den ganzen Körper, mit Ausnahme des Kopfes in eine pneumatische Kammer brachte. Unzweifelhaft bedeutet Sauerbruch's Apparat einen erheblichen Fortschritt.

Ich habe mich ferner mit der Versorgung der Speiseröhrenwunden beschäftigt und zuerst folgende zwei Möglichkeiten ins Auge gefaßt: erstens Naht- und zweitens offene Wundbehandlung. Was nun die Naht der Speiseröhre anbetrifft, so wird wohl jeder zugeben, daß dieselbe beim Menschen in der Tiefe der Brust sehr schwer exakt und sauber auszuführen ist. Wer ferner einmal eine Totalresektion des Magens gemacht hat und im Ösophagus selbst genäht hat, der wird ohne weiteres zugeben, daß eine solche Naht etwas sehr Unsicheres ist. Die Fäden schlitzen die Speiseröhre sehr leicht ein, namentlich in der Längsrichtung. Schon die kleinsten Öffnungen drainieren in das Mediastinum. Ich hatte Gelegenheit eine dahingehende Beobachtung beim Menschen zu machen.

Es handelte sich um eine 45jährige Frau mit einem an der Cardia sitzenden Magenkarzinom. Der Tumor ließ sich leicht ablösen und die Speiseröhre mehrere Zentimeter lang herauspräparieren. Es sollte nun die Speiseröhre mit dem Jejunum durch einen Murphyknopf verbunden werden; und zwar wollte ich dazu in die

Speiseröhre nicht die gewöhnliche Naht legen, weil dieselbe erfahrungsgemäß ausreißt. Es sollte deswegen die Speiseröhre auf die eine Hälfte des Knopfes direkt aufgebunden werden. Es wurde deswegen der Magen und mit ihm die Speiseröhre nach unten gezogen, die vordere Fläche der Speiseröhre quer eingeschnitten, und ich versuchte nun, den Knopf mit Hilfe einer Murphyknopfzange in den Ösophagus hineinzubringen, indem ich die hintere stehengebliebene Wand der Speiseröhre als Gleitfläche benutzte. Trotzdem ich das mit leichter Hand machte, riß die vordere Wand der Speiseröhre ein und sie erhielt einen Längsschlitz. Es blieb nun weiter nichts übrig als die Speiseröhre einfach abzubinden, einen Tampon hinzuleiten und eine Jejunostomie zur Ernährung auszuführen. Um aber nun ganz sicher zu sein, daß von der Speiseröhre aus keine Infektion stattfinde, wurde der Pat. nicht nur alle Flüssigkeit per os entzogen, sondern auch ein dünner Drain durch die Nase in den Ösophagus gelegt und derselbe mit einer Wasserstrahlpumpe verbunden. Die Frau starb nach 31 Stunden. Die Sektion zeigte nun, daß ich den Ösophagus doch nicht hoch genug abgebunden hatte. Es war ein kleiner Schlitz von 2 mm Länge übrig geblieben. Derselbe hatte sich aber nicht verklebt, sondern hatte offenbar infolge der Atembewegungen ins Mediastinum Inhalt übertreten lassen und eine eitrige Mediastinitis verursacht.

Ich habe mir nun vom Mechaniker Albrecht einige Prothesen bauen lassen, ähnlich wie der Murphyknopf, auf welche die Enden der Speiseröhre ohne Naht aufgebunden wurden. Aber auch damit war keine Heilung per primam zu erzielen, da das mediastinale Gewebe ein ganz ungenügendes Polster abgibt zur Stärkung und Sicherung der Anastomose.

Nun bleibt noch die Tamponade zur Nachbehandlung. Daß dies keine gewöhnliche Tamponade sein kann, ist ja selbstverständlich. Bei der gewöhnlichen Tamponade würden ja die Wundsekrete direkt ins Mediastinum eingesaugt anstatt umgekehrt, abgesehen davon, daß sich auch ein entstandener Pneumothorax beim Übergang von der künstlichen in die gewöhnliche Atmung bald wieder einstellen würde. Es könnte sich also nur um Aspirationsdrainage handeln. Die Durchführung dieses Prinzips habe ich im Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 4 beschrieben. Die Nachbehandlung in einer pneumatischen Kammer, wie sie v. Mikulicz geplant hat, wird auch hier eine Verbesserung bedeuten. Ich glaube aber, daß man auch damit die Infektion nicht verhüten kann, wenn wir im Ösophagus sehr virulente Kokken haben, wie bei karzinomatösen Geschwüren. Von diesen genügen schon die geringsten Mengen, um eine progrediente tödliche Mediastinitis zu verursachen.

Ich bin dann weiter gegangen und habe ein anderes Prinzip versucht, nämlich im Mediastinum vollkommen aseptisch zu operieren, was natürlich nur dann geht, wenn jede Eröffnung des Ösophagus vermieden wird. Dieses Verfahren führt zu einer Kombination der intrathorakalen Operation mit der von Levi angegebenen Methode der Ösophagusexstirpation (v. Langenbeck's Archiv Bd. LVI). Die intrathorakale Operation würde dann nur dazu dienen, den Tumor aus seiner Umgebung auszulösen, danach wird der Thorax geschlossen. Dann wird der Ösophagus an der Cardia freipräpariert, abgeschnitten und abgebunden. Ich habe ihn auf einen Holzzylinder abgebunden. Es

wurde dann über den Querschnitt ein Gummihäutchen aufgebunden, damit er vollkommen aseptisch ist. Dann wird der Ösophagus mit einem Faden oder Stäbchen vom Mund aus nach oben gezogen. Er wird dann am Halse herausgeführt. Ich habe dann die Haut unter der Brust unterminiert und die Speiseröhre unter der Haut vom Hals an der vorderen Brustseite nach dem Rippenbogen gebracht. Hier wurde der Querschnitt der Speiseröhre mit dem Hautschnitt vernäht. Trotzdem das Verfahren sehr riskant ist, ergab dieser Weg doch noch bessere Resultate als die anderen Wege. Die Ernährung muß natürlich durch Magenfistel erfolgen. Will man nun mit dem Ende der Speiseröhre und dem Magen eine Verbindung durch Plastik herstellen, so gibt es keine einfachere Plastik als diese, aus der Brust- resp. Bauchhaut einen Streifen zu nehmen und einen Kanal daraus zu bilden: Nachdem ich so weit gekommen war, habe ich die Sache aufgegeben. Denn daß ein solcher Speiseweg kein natürliches Schlucken ermöglicht, sondern die Speisen durch Handmassage vorwärts gebracht werden müssen, ist ja klar. Daß es unter Umständen einmal möglich sein kann, ein beginnendes Ösophaguskarzinom so zu beseitigen und sogar auch zu heilen, das scheint mir nach meinen Erfahrungen nicht ausgeschlossen. Eine solche Operation erschien mir aber so gefährlich und auch so umständlich, daß ich darin eine allgemein empfehlenswerte Operation zur Heilung des Ösophaguskarzinoms nicht erblicken konnte.

Noch ein paar Worte über die Operationen bei gutartigen Erkrankungen der Speiseröhre. In Betracht kommen zuerst Fremdkörper, namentlich Gebisse. Man versuche dieselben unter Gebrauch des Ösophagoskops nach dem Hals oder nach der Cardia zu bringen, von wo aus man sie event. dann durch Operation entfernen muß. Die intrathorakale Operation würde ich nach Möglichkeit zu vermeiden suchen. Ich habe mich auch in dieser Weise in der Diskussion zu dem Lindner'schen Vortrag ausgesprochen (vgl. Münch. med. Wochenschrift 1903 Nr. 8 p. 360). Es bleiben nun noch Verätzungsstrikturen, welche so undurchgängig sind, daß sie weder durch Sonden, Darmsaiten oder von an Fäden hängenden Bleikügelchen passiert werden, so daß das Verfahren der Sondierung ohne Ende nicht eingeleitet werden kann. Was solche Strikturen anbetrifft, so ist es allemal Schuld des behandelnden Arztes, wenn dieselben so hochgradig werden. Die Gastrostomie und Sondierung ohne Ende muß eben rechtzeitig ausgeführt werden. Wichtig ist auch, daß man gleich bei der Operation die Verbindung mit Ösophagus und Magen herstellt und einen Faden von der Fistel zum Munde durchführt. Man kann das während der Operation durch kombiniertes Verfahren vom Mund und vom Magen aus besser als nach Anlegung der Fistel. Ist die Striktur ganz undurchgängig, so würde ich während der Operation vom Mund und vom Magen aus je einen Tubus bis zur Striktur heranschieben, beide durch einen rechtwinkligen Rahmen, an den sie dann angeschraubt werden, in dieselbe Richtung bringen, so

daß der eine Tubus in der Verlängerung des anderen liegt, und dann die Striktur mit einer langen Nadel durchstechen und den Faden durchführen. Dieser eine Stich ist jedenfalls eine geringere Verletzung des Mediastinums, als die Schnitte einer intrathorakalen Operation.

Da im Anschluß an das interessante Verfahren von Sauerbruch die intrathorakalen Operationen von verschiedenen Seiten neuerdings aufgenommen werden, so glaube ich, daß meine Mitteilungen doch von einigem Interesse sein könnten. Wenn man bedenkt, daß gerade Ösophaguskarzinome frühzeitig Symptome machen und durch Endoskopie so gut zu diagnostizieren sind, so empfindet man es als einen großen Mangel, daß hier nicht operativ vorgegangen werden kann. Hoffentlich gelingt es einem so bahnbrechenden Chirurgen wie v. Mikulicz, die großen Schwierigkeiten, welche diesem Problem entgegen stehen, zu überwinden.

---

1) **Rählmann.** Bisherige Resultate der ultramikroskopischen Untersuchung.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 5.)

Es unterliegt keinem Zweifel, daß wir mit unseren bisherigen Mikroskopen bei der Erforschung der kleinsten Lebewesen und der Körpergewebe an eine gewisse Grenze gelangt sind und auf vollkommenere Methoden warten müssen, um das hier herrschende Dunkel zu lichten. Dazu witzuwirken scheint die ultramikroskopische Untersuchung berufen zu sein.

Das Ultramikroskop unterscheidet sich von den früheren nicht durch die Vergrößerung, sondern durch die Richtung und Stärke der Beleuchtung. Letztere erfolgt durch einen von Siedentopf angegebenen Apparat, der das Licht einer starken Bogenlampe von der Seite in eine mit der zu untersuchenden Flüssigkeit gefüllte Kammer konzentriert. Auch Sonnenlicht kann benutzt werden. Ein Mikroskop mit Wasserimmersionsobjektiv ist mit seiner Achse senkrecht zu der Richtung des einfallenden Lichtes auf die Kammer eingestellt. In der Kammerflüssigkeit suspendierte Teilchen leuchten hell auf (wie Sonnenstäubchen) und können bis zu 1 Millionstel Millimeter Größe wahrgenommen werden.

Zusammenhängende Gewebe lassen sich mit dem neuen Mikroskop nicht untersuchen; es liefert aber ungeahnte Aufschlüsse über feinste, getrennte Bestandteile in flüssigen Medien, indem es hier Teilchen sichtbar macht, die bisher allen Untersuchungsmethoden gegenüber unsichtbar geblieben sind. So z. B. können in dünnen Glykogen- und Eiweißlösungen (auch Humor aqueus des Tierauges), die unter dem gewöhnlichen Mikroskop völlig klar erscheinen, Teilchen, die Molekularkomplexe darstellen, erkannt werden, deren allmähliche Auflösung unter Zusatz von Diastase bezw. Labmagen deutlich zu verfolgen ist. In genügend dünnen Lösungen zeigen

diese Teilchen eigentümlich vibrierende bis schwingende Bewegungen, die R. nicht als Molekularbewegungen, sondern als Gravitationswirkungen der Teilchen aufeinander (Anziehung und Abstoßung) auffaßt. In Eiweißlösungen gelingt es bei geeigneten Verdünnungen und Vergleich mit einer bekannten Lösung, den Konzentrationsgrad festzustellen, sowie optisch verschiedene Eiweißarten zu trennen. Sehr schön zu beobachten ist die Entwicklung von Mikroorganismen in faulenden Eiweißlösungen, wobei die Teilchen der letzteren allmählich verschwinden, während die Bakterien in immer zahlreicheren Formen und Größen auftreten. Auch das Absterben von Mikroben in antiseptischen Flüssigkeiten oder bei Durchleitung schwacher elektrischer Ströme ist gut zu sehen.

Die Körperformen der Bakterien sind äußerst schwer festzustellen, weil ein und dasselbe Lebewesen sehr verschieden aussehen kann, je nachdem es von vorn, von der Seite oder im Profil beleuchtet wird. Jedoch läßt eine Modifikation des Mikroskops von Siedentopf, welche die Anwendung von Deckglaspräparaten gestattet, auch die morphologischen Einzelheiten des Bakterienleibes erkennen.

Noch besonders erwähnenswert ist, daß R. nach Aufschwemmung von Trachomfollikeln in physiologischer Kochsalzlösung oder im verdünnten Konjunktivalsekret Granulosekranker lebende Stäbchen von ganz typischem Verhalten mit Kopulationserscheinungen nachweisen konnte. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

2) **H. G. Plimmer.** The parasitic theorie of cancer.

(Brit. med. journ. 1903. Dezember 12.)

P. erörtert die Gründe, die zur Annahme eines Krebsparasiten geführt haben, die Zunahme der Krebserkrankungen, namentlich auch das Anschwellen der Erkrankungsziffer, so daß man zur Annahme von Krebsepidemien gedrängt wird, das endemische Auftreten von Karzinom in einzelnen Häusern, die Verteilung der Erkrankungen auf gewisse Stadtviertel, während andere völlig verschont bleiben, wofür P. ein sehr bemerkenswertes Beispiel anführt. Sodann bespricht P. die Einwände, welche gegen die Deutung der von ihm beschriebenen Körperchen als Parasiten gemacht worden sind und hält seine Deutung gegenüber allen anderen als Artefakte, Centrosomen, Sekretions- und Degenerationsprodukte, rote Blutkörperchen, kolloide Massen aufrecht. Für die Beurteilung empfiehlt er vor allem die Untersuchung des frischen ungefärbten Präparates. Zur weiteren Stütze der parasitären Theorie weist er darauf hin, daß die Hautkrebse mit Vorliebe bei mangelhafter Reinlichkeit und fast ausschließlich an den unbedeckten Körperteilen, Gesicht und Hand, auftreten, des weiteren auf die Ergebnisse der Tierversuche, wodurch dargetan wurde, daß die Übertragung unter Tieren derselben Spezies möglich ist. Er hält die von v. Leyden und Feinberg beschriebenen Dinge für identisch mit den von ihm beschriebenen Körperchen.

Weiss (Düsseldorf).

---

3) **P. Krause.** Einige bakteriologische Untersuchungen beim Erysipel.

(Zentralblatt für Bakteriologie Bd. XXXV. Nr. 6.)

Schuppen von Erysipelkranken enthalten niemals (weder mikroskopisch noch kulturell noch durch Tierversuche nachweisbar) Streptokokken, sind also nicht infektiös. Der Urin Erysipelkranker mit febriler Albuminurie ist stets steril; bei hämorrhagischer Nephritis bei Erysipel können in den Harn Streptokokken übergehen. Das Blut Erysipelkranker ist wenigstens in leichten und mittelschweren Fällen von Gesichtsrose schon während des ersten Krankheitstages als steril zu betrachten. Bei Erysipelas bullosum konnten einmal im getrübten Inhalt der Blase Streptokokken nachgewiesen werden. In der Zimmerluft der Erysipelbaracke konnten mehrmals Streptokokken nachgewiesen werden, öfter, wenn das Zimmer mit Kranken belegt, als wenn es zur Zeit der Untersuchung frei war.

Engelhardt (Gießen).

---

4) **Silverman.** Experimental toxic leucocytosis.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1904. März.)

Verf. injizierte Hunden intravenös putrides Pferdeserum, um zu studieren, welche Beziehungen zwischen Körpertemperatur und Leukocytose beständen, und inwiefern letztere durch Veränderungen der Blutgefäßwandungen beeinflußt würde. Die Resultate waren folgende: Die Injektion des putriden Serums verursacht eine primäre Hypoleukocytose, bei welcher die polymorphonukleären Neutrophilen vermindert und die mononukleären Elemente vermehrt sind; auf sie folgt eine Hyperleukocytose, welche gekennzeichnet ist a. durch starke Vermehrung der polymorphonukleären Elemente, b. durch Erscheinungen von Zellen, welche Myelocyten ähnlich sind, sowie — bei schwerer Leukocytose — von mononukleären Neutrophilen in geringer Anzahl, c. durch Verminderung des Hämoglobingehaltes und Erscheinen von Normoblasten im Blut. Eine bestimmte Beziehung zwischen Leukocytose und Temperaturerhöhung existiert nicht, der Grad der Leukocytose ist nicht proportional der Höhe der Temperatur. Die Verminderung der Zahl der Leukocyten im Beginne der Leukocytose ist wahrscheinlich dadurch verursacht, daß sie in ihrer Bewegung gehemmt und festgehalten werden, indem sich die Lichtung der Kapillaren infolge Reizung durch die toxischen Substanzen verengert.

Mohr (Bielefeld).

---

5) **Grohé.** Die elastischen Fasern bei der Knochenregeneration.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 3.)

G. ging darauf aus, die Entwicklung der elastischen Fasern unter normalen Verhältnissen im wachsenden und ausgewachsenen Knochen, besonders aber bei pathologischen Veränderungen fest-

zustellen. Am geeignetsten erschien ihm das Studium an Frakturen in verschiedenen Altersstufen. Zu diesem Zwecke brach er die verschiedensten Knochen von Kaninchen. Außerdem untersuchte er ältere Frakturen an Menschen und Amputationsstümpfe namentlich von reamputierten Pat. Als allgemeines Resultat ergab sich, daß die elastischen Elemente beim Knochen unter pathologischen Verhältnissen abhängig sind von äußeren Einflüssen, indem durch die Neuanordnung eine Ausgleichung der gestörten mechanischen Verhältnisse herbeigeführt wird. Diese Resultate entsprechen der Bonnetschen Anschauung, daß das Auftreten der elastischen Fasern in erster Linie bedingt ist durch die von den Nachbarorganen (Muskelbündel, Sehnen, Fascien) her wirkenden Druck- und Zugkräfte, wie z. B. das Auftreten der Elastika erst in dem Schädelperiost Erwachsener in Zusammenhang steht mit den erst im extra-uterinen Leben sich geltend machenden Zugwirkungen des M. epicranius auf die Galea aponeurotica und durch diese auf das Periost. Die ausführlich mitgeteilten Protokolle der Versuche ergeben viele interessante Einzelheiten. Sie zeigen, daß das erste Auftreten elastischer Fasern nach 4 Wochen beobachtet wurde, und zwar bei einer Rippenfraktur eines Kaninchens. Nach 9 Monaten kann man schon völlig normale Verhältnisse finden. Die Art der Verteilung der elastischen Fasern im Gewebe unterliegt einer weniger festen Reihenfolge je nach dem Knochen, mit dem wir es zu tun haben, seiner Lage und der Beschaffenheit seiner Verletzung, d. h. Lagerung der Fragmente zueinander und Art der Ianspruchnahme der betreffenden Skelettpartien. Über die Histogenese der elastischen Fasern geben die Präparate des Verf. keinen Aufschluß. Zum Schluß kommt derselbe noch auf die Knorpel-Knochenbildung zu sprechen und konstatiert, daß gemäß den von Fujinami und Ziegler beim Kaltblüter wie beim Warmblüter festgestellten Tatsache, daß der knöchernen Callusbildung eine knorplige Vorstufe vorausgeht, auch seine Untersuchungen das gleiche Ergebnis aufweisen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

6) **Boegehold.** Über die Behandlung der durch Mantelgeschosse erzeugten Wunden vermittels Austrocknung.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1904. Hft. 3.)

B. schlägt vor, das Verbandpäckchen, statt wie bisher im Rockzipfel, im Gewehrkolben des Mannes unterzubringen. Entsprechend dem Patronenmagazin der Jagdgewehre soll im Kolben auf der unteren Seite ein Loch eingeschnitten werden, welches durch eine Kapsel in der Gestalt eines Zigarettenetuis aus Aluminium oder Blech ausgefüllt wird. Diese Kapsel ist in zwei Abteilungen geteilt, in der einen befindet sich eine Streubüchse mit einem antiseptischen Pulver, in der anderen der Inhalt des bisherigen Verbandpäckchens ohne wasserdichte Umhüllung und außerdem zwei kleine vom Verf. angegebene Pflasterverbände. Als Grund für seinen Vorschlag gibt

er an, daß bei Durchnässung des Rockes das in demselben untergebrachte Verbandpäckchen leidet. Bisher sind derartige üble Erfahrungen nach des Ref. Ansicht übrigens nicht gemacht worden.

Schießlich rät B., daß das Verbandpäckchen gleich nach der Verwundung vom Verletzten selbst oder von einem Krankenträger angelegt werde. **Herhold** (Altona).

7) **Fortescue-Brickdale.** A contribution to the history of the intravenous injection of drugs.

(Guy's hospital reports 1904. Vol. LVIII.)

Verf. gibt eine ausführliche historische Übersicht über die intravenöse Einspritzung von Arzneistoffen, besonders von Antisepticis; nach seinen eigenen Experimenten an Kaninchen ist es möglich, kleine Mengen von oxycyansaurem Hg, Formalin, Chinosol und Protargol in den Blutkreislauf zu bringen, doch verlieren bei wochenlangen Injektionen die Tiere an Gewicht, und eine Gewöhnung tritt nicht ein. Formalin und Chinosol können in hinreichend großer Menge eingespritzt werden, um in der Masse des Blutes eine Lösung zu bilden, welche außerhalb des Körpers eine gewisse antiseptische Wirkung haben würde. Kaninchen, welche mit Milzbrand infiziert und dann mit kleinen Dosen der genannten Mittel intravenös behandelt wurden, starben gewöhnlich eher früher als die nicht behandelten Kontrolltiere.

Überblickt man die bisherigen Resultate bei der Behandlung bakterieller Erkrankungen mit intravenöser Einspritzung antiseptischer Mittel, so bleibt der klinische Erfolg zum mindesten beschränkt und unsicher, während die Experimente, im ganzen betrachtet, direkt gegen eine therapeutische Wirkung sprechen. Ein Mittel, welches lebende Bakterien abtötete und doch die Gewebszellen ganz unbeeinflußt ließe, ist bisher nicht bekannt. (Ausführliches Literaturverzeichnis.) **Mohr** (Bielefeld).

8) **Lotheissen.** Zur Klinik und Therapie des malignen Ödems. (Aus der chir. Abteil. des k. k. Kaiser Franz-Josef-Spitals in Wien.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 13 u. 14.)

L. schließt sich denjenigen Autoren an, die das maligne Ödem und den Gasbrand für zwei ätiologisch und zum Teil auch klinisch verschiedene Erkrankungen halten. Bei ersterem ist, abgesehen von der fast völligen Nichtbeteiligung der Haut, vor allem das Fehlen der Gasbildung charakteristisch, wenn auch ganz ausnahmsweise neben den Bazillen des malignen Ödems auch das Bakterium coli commune und infolgedessen Gasbildung beobachtet worden ist. L. gibt einen interessanten Beleg für seine Ansicht durch Mitteilung der Krankengeschichte eines Kollegen mit echtem malignem Ödem, dem durch die Schulterexartikulation das Leben erhalten wurde; der

Ödembazillus war schon sehr früh nachzuweisen gewesen. — Die Behandlung beider Krankheiten ist die gleiche. Breite Spaltung zur Herbeiführung freien Luftzutrittes, permanente Berieselungen der Wunden mit Wasserstoffsuperoxyd, event. auch Einspritzungen (sehr schmerzhaft!) dieses Mittels in die Umgebung der erkrankten Gegend können vielleicht bei frühzeitiger Anwendung den Prozeß lokalisieren; sonst kommt nur die Amputation bezw. Exartikulation der betreffenden Gliedmaßen in Betracht, ohne welche bisher überhaupt noch kein einziger Fall von malignem Ödem gerettet worden ist.

Kramer (Glogau).

---

9) **Schäfer.** Zur Serumbehandlung des Gelenkrheumatismus.

(Therapie der Gegenwart 1904. Nr. 3.)

Die Mitteilung Menser's über die Erfolge, die er mit seinem Antistreptokokkenserum bei Gelenkrheumatismus erzielte, veranlaßten S. zur Nachprüfung. Er berichtet über 6 Fälle, in denen er gute Resultate hatte und empfiehlt daraufhin die Serumbehandlung: Schwere Anfälle werden in kürzerer Zeit überstanden, als bei der medikamentösen Behandlung. Auch das subjektive Wohlbefinden ist nach Ablauf des Fiebers größer. Erhebliche Nebenerscheinungen fehlen. Dieselben sind vielmehr geringer als bei der Darreichung von Medikamenten, indem der Magen unbehelligt bleibt und auch Schweiße in geringerem Maße auftreten. Ob die Serumtherapie einen Einfluß auf Endokarditiden hat, steht dahin. In einem Falle war aber subjektive und objektive Besserung der Endokarditis nachweisbar.

Silberberg (Breslau).

---

10) **J. L. Beyer.** Über die Verwendung kolloidaler Metalle (Silber und Quecksilber) in der Medizin.

(Moderne ärztliche Bibliothek, Berlin 1904. Hft. 6. 40 S.)

Nach Besprechung der Eigenschaften des kolloidalen Silbers und der Art der Anwendung (durch Einreibung in die Haut, subkutan, per os, per clysma und intravenös) hebt Verf. hervor, daß das vervollkommnete Präparat früher öfter beobachtete Nebenwirkungen (Schüttelfröste und Temperatursteigerungen) vermissen läßt und durch sein langes Verweilen im Blute (8—10 Stunden) zu einer intensiven Wirkung befähigt ist. Ausgeschieden wird es durch den Darm und sehr wahrscheinlich auch durch die Nieren. Bei seiner Wirkung auf Spaltpilze und Kokken spielen die entwicklungshemmenden Einflüsse wahrscheinlich die wesentlichste Rolle. Die Anwendung des Präparates in der Tiermedizin ist nach Ansicht des Verf. ungleich beweisender für seine Wirksamkeit als die beim Menschen, weil beim Tier schon im Beginne der Erkrankung größere Mengen intravenös gegeben werden. Die Einverleibung beim Menschen erfolgt ebenfalls am besten intravenös, und zwar soll die Dosis je nach der Schwere des Falles 0,05—0,1 g betragen, gegeben

in einer 2%igen Lösung; die Einspritzung muß des öftern wiederholt werden. Außer bei Pyämie und Phlegmonen liegen Mitteilungen über erfolgreiche Anwendung des Collargols vor bei allgemeiner Furunkulose, Erysipel, Puerperalfieber, septischer Endokarditis, Polyarthritis gonorrhoica und Milzbrand.

Die Vorzüge des kolloidalen Quecksilbers (des Hygrols) gegenüber dem regulinischen sollen einmal darin bestehen, daß es dem Körper feiner verteilt zugeführt wird; außerdem wird es aber längere Zeit festgehalten und langsam ausgeschieden. Die Hygrolschmierkur empfiehlt sich vor allem bei Syphilis. **Engelhardt** (Gießen).

11) **Loebl.** Über eine neue Applikationsmethode von Collargol (Collargolklysmen).

(Therapie der Gegenwart 1904. Nr. 4.)

Nach Darlegung der Mängel, welche der Applikation von Unguentum Credé auf die Haut, sowie der intravenösen wie auch der subkutanen Injektion von Collargol anhaften, empfiehlt Verf., auf eine Beobachtungsreihe von 27 Fällen sich stützend, das Collargol durch Klysma zu verabreichen. Die Technik besteht darin, daß 8—14 Tage lang morgens und abends ein lauer Wassereinlauf gegeben und dann 50 ccm einer 1%igen Collargollösung eine halbe Stunde nach Entleerung des Darmes eingespritzt werden. Verf. hat bei dieser Art der Applikation bei akuten Infektionen (Sepsis, Puerperalprozeß) dieselben Erfolge wie bei der intravenösen Applikation gesehen. Einen Vorzug vor Unguent. Credé sieht Verf. darin, daß das Mittel auf eine besser resorbierende Oberfläche gebracht wird. Dazu kommt die einfachere Technik, die Möglichkeit, das Mittel höher zu dosieren und das Fehlen von Nebenerscheinungen.

Nach alledem empfiehlt Verf. seine Applikationsmethode weiter zu erproben. **Silberberg** (Breslau).

12) **Simonin.** La tradescantia erecta, ses propriétés hémostatiques.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1903. Nr. 37.)

Angeregt durch Romanet du Cailland, der in Mexico beobachtet hatte, daß man bei den dort üblichen Hahnenkämpfen die Blutungen der Streiter auffallend rasch mit den Blättern obiger Pflanze stillt, und eine Abkochung derselben bereits therapeutisch verwertet hatte, versuchte Verf. die Tradescantiadekokte gleichfalls hämostatisch zu verwerten; er erzielte bei Nasen-, Rachen- und Ohrblutungen ausgezeichnete Erfolge, die ihm die Empfehlung dieses Präparates angezeigt erscheinen lassen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

13) **R. Klapp.** Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Wirkung der Nebennierenpräparate.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 187.)

Zu den bislang bekannten Mitteln zur Resorptionsverlangsamung, Kälte, Blutleere, Hochlagerung, hat sich in jüngster Zeit das Adrenalin gesellt. Bei allen diesen Mitteln scheint die Anämisierung des Gewebes das wirksame Prinzip zu sein. Speziell zum Studium der Wirkungen des Adrenalins hat K., Assistent der Friedrich'schen Klinik in Greifswald, Versuche an Hunden angestellt, deren Ergebnis die bewirkte Resorptionsverlangsamung sehr schön zum Beweise bringen. Als Probestoff, dessen Resorption untersucht wurde, diente Milchzucker. Die Versuchsanordnung geschah derart, daß dem Tiere 10 ccm Zuckerlösung wechselnder Konzentration subkutan am Rücken eingespritzt wurden, wonach von Stunde zu Stunde der abkatheterisierte Urin auf seinen quantitativen Zuckergehalt bestimmt wurde. Später wurde dann das Experiment wiederholt, nur daß jetzt der Zuckerlösung etwas Adrenalin zugesetzt war. Der Vergleich der sich zeitlich jedesmal ergebenden Zuckerausscheidungsmengen läßt die Adrenalinwirkungen ohne weiteres erkennen.

Zahlen, Details und Kurven über die notierten Resultate siehe Original. Hier sei nur erwähnt, daß in der ersten Versuchsstunde nach der Adrenalinanwendung meist gar kein Milchzucker gefunden worden ist. »Der Stoff muß also an Ort und Stelle festgehalten werden und kann, wie Braun von dem Kokain nachgewiesen hat, unter Umständen länger dauernde lokale Wirkungen an der Injektionsstelle entfalten, wenn ihm solche eigen sind.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

14) **A. Heimann jun.** De l'efficacité curative de l'adrénaline dans les maladies des oreilles et du nez.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1903. Nr. 37.)

In einer kurzen Skizze bricht Verf. den Stab über die Anwendung des Adrenalin bei Ohren- und Nasenaffektionen und meint, daß dasselbe bald vergessen sein werde. Es mag zugegeben werden, daß beim ersten Auftreten der Nebennierenpräparate die Wogen des Enthusiasmus vielleicht etwas zu hoch gingen; noch mehr unter das Ziel ihres wahren Wertes schießt aber Verf. hinaus, wenn er wegen schmerzhaften Brennens im Ohre, bei äußerer und tubarer Anwendung das Adrenalin überhaupt aus der Rhinologie und Otologie verbannen will. Seine Anwendung im Ohr ist bis jetzt sehr beschränkt und die Injektion durch die Eustachi'sche Röhre ist eben nur mit sterilen, von reizenden Substanzen absolut freien Präparaten, wie sie jetzt im Suprarenin-Höchst vorliegen, ratsam. Auf alle Fälle bietet bei den rhinologischen Operationen die Nebennierensubstanz durch die Anämisierung bedeutende Vorteile, wie dies von allen Seiten anerkannt

wird; naturgemäß wird bei einer so eminenten gefäßkontrahierenden Wirkung mit einer konsekutiven Erschlaffung zu rechnen und demgemäß einer eventuellen Nachblutung durch leichte Tamponade vorzubeugen sein. Dies mag nur einigermaßen andeuten, wie übertrieben die Verurteilung der Nebennierensubstanz von seiten des Verf. ist. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

15) **C. Colombo.** La moderne massoterapia e suoi fondamenti fisiologici.

(Gazz. med. italiana 1903. Nr. 50.)

Auf Grund zahlreicher Messungen kommt C. zu folgenden Schlüssen:

Massage der Muskeln führt stets zu Blutdrucksteigerung, welche um so größer ist, je größere Flächen und je energischer massiert diese werden. Die Reihenfolge hierbei ist: Streichen, tiefes Kneten, Klopfen. Energische Massage des Bauches führt immer zu Blutdrucksenkung. Gemischte hat verschiedene Folgen, je nachdem die Bauchmassage der der Muskeln folgt oder vorangeht.

Puls, Respiration und Temperatur im Mastdarm folgen den Blutdruckschwankungen in umgekehrtem Sinne. Nur bei leichten oberflächlichen Manipulationen steigen sie ebenfalls.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

16) **Claudot et Niclot.** Le flambage à l'alkool et l'asepsie chirurgicale.

(Soc. de chir. de Lyon 1904. Januar 7.)

Verff. haben das gebräuchliche Ausbrennen von Operationsgeräten, besonders Gefäßen und Schalen, mit Spiritus auf die hierdurch erzielte Asepsis hin geprüft. Bei künstlich mit Staphylokokken, Milzbrand- und Tetanusbazillen infizierten Schalen wurde selbst bei mehrfach in Zwischenräumen wiederholtem Ausbrennen niemals eine Asepsis der ausgebrannten Oberfläche erzielt. Das Ausbrennen ist also ein sehr unsicheres Verfahren. Etwas sicherer in der Wirkung ist das direkte Ausbrennen eines Gefäßes von unten nach oben, vom Boden nach der Öffnung über einer Spiritusflamme. Aber auch hierbei geschieht die Sterilisierung nur oberflächlich.

Mohr (Bielefeld).

---

17) **v. Mikulicz.** Beiträge zur Physiologie der Speiseröhre und der Cardia.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 5.)

v. M. hat im Verfolg seiner früheren Studien über die Verhältnisse der Speiseröhre bei zwei Menschen, denen der Kehlkopf exstirpiert war, und an mehreren Hunden Untersuchungen angestellt, über den Luftgehalt der leeren Speiseröhre, über die Druckverhältnisse in ihr unter verschiedenen Bedingungen u. a. m. Danach ist

die Speiseröhre des erwachsenen Menschen nur im Halsteile geschlossen; in ihrem Brustteile stellt sie ein weites, offenes Rohr dar, welches im Zustande der Ruhe Luft enthält. Der in der ruhenden Speiseröhre herrschende Druck ist im Mittel um ein Geringes niedriger, als der atmosphärische Druck. Beim Schluckakt steigt der positive Druck in ihr kaum höher als beim forcierten Ausatmen, und lange nicht so hoch wie beim Husten. — Der Ösophagus entleert beim Schluckakt nicht seinen ganzen Luftgehalt. — Die Cardia ist im Zustande der Ruhe geschlossen und sondert Magen und Speiseröhre vollkommen voneinander ab. Dieser Verschluß ist teils ein muskulärer, durch den normalen Tonus der Cardiamuskulatur erzeugt, teils ein Ventilverschluß, bedingt durch schräge Insertion der Speiseröhre am Magen. — Die Cardia öffnet sich auch ohne Schluckakt leicht für Flüssigkeiten und Gase, die aus der Speiseröhre in den Magen treten, gestattet dagegen sehr schwer den Durchtritt in entgegengesetzter Richtung. Die Öffnung der Cardia von der ösophagealen Seite aus wird automatisch ausgelöst durch jede, ein gewisses Maß übersteigende Drucksteigerung in der Speiseröhre. — Flüssigkeiten und dünnbreiige Massen werden durch die Kontraktion der Rachenmuskulatur nur in den Anfangsteil des Ösophagus getrieben. Hier angelangt, fließen sie durch ihre eigene Schwere bis an die Cardia und öffnen dieselbe auch infolge ihrer Schwere automatisch. Sie bedürfen somit zum Durchtritt durch die Speiseröhre und die Cardia keiner Mithilfe durch die Peristaltik. **Haeckel** (Stettin).

---

18) **W. M. Willoughby.** The site of referred pain in visceral disease from an embryological standpoint.

(Lancet 1904. April 16.)

Eine interessante Studie Verf.'s, die Begründung der oft so verschiedenartigen Lokalisation der Schmerzen bei den Erkrankungen der Brust- und Bauchorgane auf embryologischer Basis zu erbringen. Chirurgisch interessieren besonders die Krankheiten der Baucheingeweide und die Lokalisation der Leibschmerzen. Der ganze Verdauungskanal vom Rachen bis zum Mastdarm läuft ursprünglich als ein gerader Schlauch in der Mittellinie und ist bilateral innerviert; desgleichen bilateral innerviert sind auch die großen Gallengänge, Cysticus sowohl wie Choledochus, die Pankreasgänge usw. Die Schmerzempfindungen bei Erkrankungen aller dieser Organe sollten also nach Verf. zunächst beiderseitig oder in die Linea alba lokalisiert werden, was ja tatsächlich auch in vielen Fällen wenigstens im Beginne der Erkrankungen der Fall ist: Akute »Magenkrämpfe« als Einleitungssymptom der Appendicitis, Schmerzen über dem Nabel als Symptom von Gallensteinen z. B. gehören keineswegs zu den seltenen Beobachtungen des Praktikers. Besonders interessant liegen die Verhältnisse am Magen, dessen vordere Seite die ursprüngliche linke, dessen hintere die ursprüngliche rechte repräsentiert und also

eine diesbezügliche Innervierung hat. Nach Verf. vermöchte man also daraus die Lokalisation eines Geschwüres z. B. viel mehr zu präzisieren, so daß beispielsweise Hyperästhesie oben rechts im Epigastrium Geschwür an der Cardia und hinten, Hyperästhesie über dem Nabel und links von der Linea alba Geschwür vorn in der Pylorusgegend bedeutete. Die kleine Kurvatur ist vom Geschwür am häufigsten betroffen, daher sollte der Schmerzpunkt oben in der Linea alba sein; die hintere des Magens an derselben jedoch mehr als die vordere (235 : 69 Fälle [Osler]), daher Schmerzpunkt in der Norm bei Magengeschwür eine Spur nach rechts von der Mittellinie oben im Epigastrium verlagert.

Bei den unilateral angelegten und also auch innervierten Organen (z. B. Harnleiter, Hoden, Tuben usw.) liegen die Schmerzpunkte natürlich im allgemeinen auf der entsprechenden Seite. Die Erklärungen von anscheinend paradoxen Beobachtungen, z. B., wo wegen eines anscheinend typischen Appendicitisanfalles operiert wurde und man eine geplatzte linke Tube fand, oder wo man einen rechtsseitigen Nierenstein fand, während die Symptome auf die linke Tube hinwiesen, bewegen sich in der Arbeit meist auf dem Gebiete der reinen Hypothese, wennschon dieselben nicht unwahrscheinlich erscheinen. — Alles in allem muß gesagt werden, daß in diesen Gebieten auf dem von Verf. beschrittenen entwicklungsgeschichtlichen Wege vielleicht noch interessante Aufschlüsse zu erreichen wären.

H. Ebbinghaus (Berlin).

---

19) **Federmann.** Über Perityphlitis mit besonderer Berücksichtigung der Leukocyten.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 2 u. 3.

F. hat in der Abteilung Sonnenburg's 200 Fälle von Appendicitis auf die Leukocytenverhältnisse hin untersucht und gibt in vorliegender Abhandlung zunächst die Resultate der Untersuchungen bei freier, fortschreitender Peritonitis; die Verhältnisse bei Appendicitis simplex und bei Appendicitis mit umschriebener eitriger Peritonitis sind einer späteren Arbeit vorbehalten.

Entsprechend den jetzt herrschenden Ansichten faßt auch F. die Leukocytose auf als Reaktion des Organismus auf die Infektion. Mit Wolff nimmt er an, daß nur bei einer übertödlichen infektiösen Dosis keine Leukocytose entsteht; bei einer gerade tödlichen Dosis kommt es zur reichlichen Vermehrung der Leukocyten, aber sie können den tödlichen Ausgang nicht verhindern; bei nicht tödlicher Dosis erfolgt gleichfalls reichliche Vermehrung, die imstande ist, Heilung herbeizuführen. Im Beginn einer infektiösen Erkrankung, d. h. in den ersten 24—48 Stunden, ist die Leukocytose nur Ausdruck einer Infektion überhaupt, ist aber nicht beweisend für das Vorhandensein von Eiter am lokalen Herde.

Die Zählung der Leukocyten bei 21 Fällen freier, fortschreitender Peritonitis ließ an den verschiedenen Krankheitstagen ein ziem-

lich gesetzmäßiges Verhalten erkennen, so daß F. eine Leukocytenkurve konstruieren konnte. Die Leukocytose steigt in den ersten 24 Stunden rapide an, bis 24 000, erreicht am 3. Tage 35 000 und fällt dann wieder ab; bei schweren Fällen sinkt sie schon früher; der Abfall der Leukocytose ist stets als Zeichen beginnender Allgemeinvergiftung des Organismus aufzufassen, während eine hohe Leukocytose bei klinischer Annahme einer Sepsis für die Prognose als günstig aufzufassen ist, als Zeichen, daß der Körper noch Abwehrmaßregeln zu treffen vermag. Die Leukocytose ist wichtig für die Differentialdiagnose zwischen Ileus und Peritonitis; bei ersterem fehlt sie. Für die Unterscheidung der einzelnen Formen der Peritonitis bei Appendicitis: gutartige Perforation mit Abkapselung, progredient eitrig-fibrinöse Form und freie fortschreitende Peritonitis leistet die Leukocytenuntersuchung in den ersten 48 Stunden kaum etwas, da alle drei Typen hohe Leukocytose aufweisen können. Dagegen spricht für progredient eitrig-fibrinöse Form hohe Leukocytose noch nach dem 4. Tage; bei gutartiger Perforation (Abkapselung) und bei der freien fortschreitenden Peritonitis fällt am 3.—4. Tage die Leukocytose ab, aber mit dem Unterschied, daß bei ersterer auch alle übrigen Symptome zurückgehen, bei letzterer nicht. Es ist also das Verhalten der Leukocyten kein spezifisches Symptom für die Peritonitis; es dient zur Beurteilung nur auf Grund aller vorhandenen Symptome und unter Berücksichtigung des Zeitpunktes der Erkrankung; ohne eine Vergleichung mit dieser ist die Leukocytenzahl nicht verwertbar und irreführend. In genannter Beschränkung aber stellt sie ein völlig gleichwertiges Hilfsmittel im Kreise der übrigen Untersuchungsmethoden dar.

Am meisten scheint die Leukocytenbeobachtung für die Prognose der freien fortschreitenden Peritonitis zu leisten; je höher die Leukocytose bei schweren klinischen Symptomen, desto günstiger die Prognose. Niedrige oder fehlende Leukocytose bei schweren übrigen Symptomen gibt stets schlechteste Prognose. Von den 21 Peritonitisfällen sind alle mit hoher Leukocytose, selbst die am 4. Tage operierten, genesen, alle bei niedriger oder fehlender Leukocytose operierten dagegen zugrunde gegangen. **Haeckel** (Stettin).

---

20) **v. Hansemann.** Ätiologische Studien über die Epityphlitis.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 4.)

Wenn sowohl die allgemeine Ansicht dahin geht, daß die Wurmfortsatzentzündung eine bakterielle Erkrankung ist, so ist man doch noch nicht darüber einig, ob noch mechanische Momente als begünstigend für die Ansiedlung der Bakterien hinzukommen müssen. v. H. ist entschieden dieser Ansicht und sieht als begünstigend abnorme Enge des Einganges zum Wurmfortsatz an. Diese kann bedingt sein durch starke Ausbildung der Gerlach'schen Klappe,

durch die Lage des Wurmfortsatzes und entzündliche Veränderungen an seinem Abgange. Die Klappe kann, wie Experimente zeigten, in vielen Fällen den Eintritt von Inhalt des Blinddarmes in den Wurmfortsatz verhindern; ebenso erschwert sie aber auch meist dann den Wiederaustritt des Inhaltes aus dem Wurmfortsatz. Das Gleiche findet statt, wenn der Wurmfortsatz geknickt gegen den Blinddarm liegt. Bei erhöhtem Druck in diesem, vor allem bei Meteorismus desselben können nun auch in abnorm schlecht eingängige Wurmfortsätze Substanzen aus dem Blinddarm, also auch Bakterien eingetrieben werden, wobei ein Stoß, forcierte Massage noch besonders begünstigend mitwirken können, auf diesem Wege spielt also das Trauma eine sehr große Rolle für die Entstehung der Appendicitis. Sind nun so Bakterien in den Wurmfortsatz hineingepreßt, so können sie schlecht wieder heraus, sie verharren in demselben. Es geschieht nun dasselbe wie beim Magen, der Gallenblase und der Harnblase; nur wenn in ihnen der Inhalt stagniert, siedeln sich Bakterien und Gärungspilze in ihnen an; in gleicher Weise sind eingeführte Bakterien im Wurmfortsatz unschädlich, so lange derselbe gut durchgängig ist; sie erregen aber Entzündung, wenn sie in einen wenig oder gar nicht ausläßlichen Fortsatz geraten. In der Tat fand v. H. bei 19 Sektionen von Leichen, welche unoperiert an Appendicitis gestorben waren, 18mal den Ausgang des Wurmfortsatzes abnorm schwer durchlässig. Es braucht nun durchaus nicht gleich zu akuten Erscheinungen zu kommen, vielmehr werden oft chronische Veränderungen sich einstellen, Bildung von Kotsteinen usw. Tritt dann eine Verstopfung, Darmkatarrh oder eine Allgemeininfektion (z. B. Influenza) ein, so kommt es zu akuter Entzündung.

Auf Grund dieser Deduktionen erklärt v. H. einige bekannte Tatsachen der Pathologie der Appendicitis. So z. B. erkranken Kinder vor dem 3. Lebensjahre selten an Appendicitis, weil die Gerlach-sche Klappe sich erst später ausbildet und der kindliche Typus einen weiten, trichterförmigen Übergang des Wurmfortsatzes in den Blinddarm aufweist. Ferner erkranken Männer und Knaben häufiger als weibliche Individuen, weil sie traumatischen Einwirkungen mehr ausgesetzt sind. Weiterhin erklärt v. H. die allgemein konstatierte zunehmende Häufigkeit der Krankheit daraus, daß die ständige Fluktuation der Bevölkerung im modernen Leben und die damit verbundenen körperlichen Bewegungen und Strapazen als traumatisches Moment in Frage kommen. Endlich erklärt sich aus den sich vererbenden mechanischen Momenten das familiäre Auftreten der Krankheit, wofür ein bezeichnendes Beispiel angeführt wird. Da phylogenetisch die Involution des Wurmfortsatzes immer weiter fortschreitet, so eröffnet sich die Aussicht, daß späterhin die Menschheit völlig reduzierte und endlich gar keine Wurmfortsätze, also auch keine Appendicitis mehr haben wird. **Haeckel** (Stettin).

21) **Strauss.** Klinische Studien über den Magensaftfluß.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 1).

Bezüglich des Magensaftflusses stehen sich zwei Ansichten gegenüber; die eine sieht in ihm nur eine einfache Sekretretention, betrachtet ihn im wesentlichen als Folge von Motilitätsstörung des Magens, während die andere ihn als die Folge einer abnormen Reizbarkeit des sekretorischen Apparates, als ein selbständiges Krankheitsbild ansieht. Wenn S. auch nicht den häufigen Zusammenhang von Motilitätsinsuffizienz mit Magensaftfluß verkennt, neigt er doch mehr der letzteren Ansicht zu. Er stellt zunächst fest, daß die Anwesenheit von mehr als 10 ccm unzweifelhaften Magensekretes im nüchternen Magen einen abnormen Zustand darstellt. Mehr als 20 ccm sind als pathologischer Zustand anzusehen, wobei Sekretmengen von weniger als 50 ccm als leichter Magensaftfluß zu bezeichnen ist.

Unter Mitteilung ausführlicher Krankengeschichten wird sodann die akute und chronische Form des Magensaftflusses geschildert. Danach stellt der Magensaftfluß einen einheitlichen Zustand, die Folge eines irgendwo im sezernierenden Apparat des Magens lokalisierten und irgendwie bedingten Reizzustandes dar. Die Ätiologie ist eine multiple, der Angriffspunkt des Reizes am sezernierenden Apparat kann im Magen selbst oder außerhalb desselben liegen. Bei der Entstehung der Fälle der ersteren Art spielt Retention der Ingesta und Geschwür eine wichtige Rolle. Die durch extraventrikuläre Momente erzeugten Formen von Magensaftfluß sind vorwiegend neurogen bedingt, indem an irgendeiner zur Magensaftabscheidung in Beziehung stehenden Stelle des Nervensystems eine Schädlichkeit ihren Angriffspunkt nehmen kann.

Für die Therapie kommt, wenn innere Behandlung ohne Erfolg ist, Gastroenterostomie in Frage. **Haeckel** (Stettin).

---

22) **E. Forgue** et **E. Jeanbran.** Des plaies de l'estomac par armes à feu.

(Revue de chir. XXIII. ann. Nr. 9, 10 u. 12.)

Beginnend mit der Topographie des Magens, speziell seines Verhaltens zum Brustkorb, zeigen Verff. an einer Reihe von Rekonstruktionen und Superpositionen verschiedener Zeichnungen von Luschka und Testut, daß bei genau sagittaler Richtung eines Schusses 80% der Magenschüsse mit Verletzungen anderer Organe verbunden sein werden. Die Kasuistik bestätigt dies völlig, indem bei 126 Magenverletzungen diese nur 32mal allein bestand. Natürlich wird im wesentlichen die Schußrichtung bestimmend sein für die Komplikation; doch kommen auch der Füllungszustand des Magens, die Lage des Verletzten im Moment des Schusses, die Phase der Atmung — z. B. Inspiration bei Selbstmördern —, sowie auch die Entfernung, aus welcher der Schuß abgefeuert wurde, als Faktoren in Betracht.

Wenn der Einschuß im sog. Labbé'schen Dreieck sich befindet, so kann von vornherein die Verletzung des Magens als sicher angenommen werden. Die Wunden sind meist perforierend, und zwar sind 64 von 112mal Vorder- und Hinterwand durchschossen. Ist nur der Einschuß nachweisbar, so sind drei Möglichkeiten für den weiteren Weg des Geschosses gegeben: 1) dessen Verbleib im Magen selbst, wie 3mal berichtet wird; 2) es kann den Magen durch die Cardia bezw. in Höhe derselben verlassen haben, und 3) der Schuß war nicht perforierend, sondern hat nur eine tiefe Rinne geschlagen, das Geschoß ist demnach außerhalb des Magens zu suchen. Die Auffindung der Schußöffnungen kann sehr schwierig sein; es ist auch nicht empfehlenswert, den Hauteinschuß und den Wundkanal als Wegweiser zu benutzen: die mediane Laparotomie ist vorzuziehen. Eine besondere Technik verlangt die Absuchung der hinteren Wand; sie fordert weiten Zugang, den nur die teilweise Resektion des Rippenbogens nach Auvray gestattet. Daher lege man bei voraussichtlich doppelter Durchbohrung des Magens sogleich den entsprechenden Winkelschnitt an. Ist die vordere Wunde genäht, so eventriert man den Magen durch eine Öffnung im Lig. gastrocolicum und sucht nach dem Ausschuß.

Falls eine Durchbohrung der hinteren Magenwand nicht aufzufinden und das Verbleiben des Geschosses im Magen anzunehmen ist, so muß man sich vor Augen halten, daß an der lediglich kontusionierten Seite durch Arrosion bezw. Verdauung der gequetschten Schleimhaut ein Geschwür entstehen und die Abstoßung des Schorfes tödliche Blutung nach sich ziehen kann. Diesem Ausgange vorzubeugen, solle man die vordere Magenwand öffnen und sich nach Terrier's Vorschlag die Hinterwand in den Einschnitt vorstülpen und systematisch absuchen.

Wie ersichtlich, sind Verff. entschiedene Anhänger aktiven Vorgehens und sofortiger Laparotomie bei Friedensverletzungen. Nicht nur, daß Mageninhalt austreten und Peritonitis erzeugen kann — 25mal wurde Mageninhalt in der Bauchhöhle notiert —, selbst der evertierte Schleimhauttrichter wirkt infektiös. Ferner geben die Magenblutungen — obgleich Neigung zur Gerinnung zeigend, rezidivieren sie leicht — oder die fast nie selbst zum Stehen kommenden peritonealen Blutungen der Koronargefäße oder des Netzes, sowie endlich die Nebenverletzungen, des Zwerchfelles z. B., dringliche Indikationen ab. Erst wenn man die Verletzten 1—2 Tage nach dem Unfall unter beruhigenden Symptomen sieht, oder wenn sich eine Magenfistel gebildet hat, wird man berechtigt sein, abzuwarten.

Den Schluß der Arbeit bilden das Literaturverzeichnis (die bösen deutschen Zitate!) und eine große Tabelle über sämtliche Publikationen von Magenverletzung, deren Resultate Verff. leider nicht interpretieren. Zunächst haben sie die Fälle nach der Zeit zusammengestellt, die zwischen Verletzung und Eingriff verstrichen war, und wiederum die Unterabteilung geschaffen je nachdem einfache Magen-

verletzung oder solche mit Komplikationen vorlag. Angereiht sind die exspektativ behandelten Fälle, unter denen eine selbständige Kategorie von 26 Fällen unter der Bezeichnung »Wunden der Magengegend« — Abwartendes Verhalten — aufgestellt wird, von denen anscheinend eine ganze Reihe als Magendurchbohrungen anzusprechen sind. Und wenn von diesen 26 nicht weniger als 24 mit Heilung enden, während bei unkomplizierten Magenverletzungen von 13 innerhalb der ersten 6 Stunden Operierten 9, von 6 später Operierten nur 2 geheilt wurden, sollte man doch nicht mit Stillschweigen darüber hinwegsehen. **Christel** (Metz).

---

23) **Ekehorn.** Die anatomische Form des Volvulus und Darmverschlusses bei beweglichem Coecocolon ascendens.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 3.)

E. erörtert auf Grund entwicklungsgeschichtlicher Betrachtungen die gewöhnlichsten und wichtigsten Ursachen für allzu große Beweglichkeit des Coecocolon ascendens, nämlich die mangelhaften Fixationsverhältnisse beim aufsteigenden Dickdarm und eine mit ihm oft kombinierte Anomalie des Duodenum, das nicht eine so vollständige Ringform wie normalerweise angenommen hat und nicht unter Bildung einer Flexura duodeno-jejunalis, sondern direkt ohne eine bestimmte Grenze in das Jejunum übergeht. Weiterhin versucht Verf. die Haupttypen darzustellen, die ein Volvulus bei einem beweglichen Coecocolon ascendens annimmt. Eine scharfe Einteilung ist indes nicht möglich, da die einzelnen Formen durch zwischenliegende Fälle ineinander übergehen. In selteneren Fällen hat der Volvulus den Charakter einer Retroposition des Kolon angenommen, wie z. B. in einem Falle von Boyd, in welchem das Colon transversum distal und dorsal vom Duodenum und der Mesenterialwurzel liegt, und die Mesenterialwurzel, die dritte Portion des Duodenum und der rechte Teil des Colon transversum mit allen zwischenliegenden Därmen oberhalb der Curvatura minor ventriculi hervortreten. E. erklärt die Entstehung gegenüber anderen Deutungsversuchen auf eigene näher erläuterte Weise. Das größte Interesse bietet daran das Umschlagen, durch welches das Colon transversum hinter das Mesenterium und Duodeum gerät. In der zweiten Gruppe sind die Fälle untergebracht, bei welchen das ganze Colon ascendens bis zum Transversum hinauf frei ist. Die Mesenterialwurzel ist dabei immer kurz, und nicht selten fehlt auch die Fixation an der Flexura hepatica. Oft ist auch das Duodenum nicht fixiert, sondern mit einem beweglichen Gekröse versehen. In einigen Fällen dieser Abteilung wird die Verschließung dadurch charakterisiert, daß das bewegliche Coecoascendens sich ein ganzes Mal oder mehr um die Wurzel des Dünndarmgekröses herumgeschlagen hat. In anderen Fällen wieder haben sich das ganze Colon ascendens und der ganze Dünndarm als gemeinsames Paket um den gemeinsamen Gekrösstiel als Achse gedreht gefunden, und zwar im Sinne des Uhrzeigers oder entgegengesetzt.

Bisweilen verursachte eine Strangulation des ganzen Dünndarmes einen äußerst schnellen Verlauf der Krankheit. In die dritte Gruppe gehören jene Krankheitsbilder, bei denen die Flexura hepatica und der angrenzende Teil des Colon ascendens in normaler Weise fixiert sind, während der untere Teil des Ascendens mit dem Blinddarme frei ist. Die Volvulusfälle sind hier in vier verschiedene Unterabteilungen je nach Verschiedenheit der Dislokation getrennt. Ferner sind zum Volvulus coeci einige Fälle von Verschluß am Coeco-ascendens gerechnet worden, in welchen die Hemmungsbildung, durch die das Coecum beweglich geworden, nicht auf eine teilweise oder ganz ausgebliebene Fixation des Coeco-ascendens und des Anfanges des Transversum beschränkt war. In diesen Fällen entspricht der Zustand der Därme und des Mesenteriums noch früheren Entwicklungsstadien des fötalen Lebens.

Am Schlusse der Arbeit ist ein von E. selbst beobachteter Fall und das statistische Material, das der Arbeit zugrunde liegt, näher angeführt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

24) **E. Tavel.** Le diagnostic du siège de l'occlusion dans l'iléus.

(Revue de chir. XXIII. année. Nr. 8—10 u. 12.)

Die Arbeit beginnt mit einer Kritik der Bezeichnungen Ileus dynamicus bezw. mechanicus, für welche T. die ätiologisch richtigeren Bezeichnungen Ileus par dyspéristaltisme et apéristalt. nach Tuja zu setzen wünscht. Eine wesentliche Förderung scheint mir die Einteilung des Ileus damit kaum erfahren zu haben. Der Vorschlag Schlange's z. B., den hysterischen Ileus auszuscheiden, sollte doch eher dazu führen, auch die Formen des dynamischen Ileus, die logischerweise mit Ileus — Verschlingung, Verschluß — überhaupt nichts zu tun haben, sondern eher Retentionen darstellen, aus dem täglich umfangreicher werdenden Kapitel des Darmverschlusses nach Möglichkeit zu streichen.

Obgleich nun ätiologische und lokale Diagnose im weitgefaßten Begriff quoad therapiam wohl kaum zu trennen sind, beschränkt sich T. nach Anführung der 80 bisher veröffentlichten pathologischen Zustände, die ätiologisch für Ileus in Betracht kommen, auf eine kurze Skizzierung derselben, um sich der Besprechung der allgemeinen und speziellen Symptome zuzuwenden, die für die lokale Diagnose des Darmverschlusses wichtig sind.

Bei der Bedeutung des Gegenstandes sei einiges aus dem Kapitel über die allgemeinen Erscheinungen und ihren diagnostischen Wert angeführt. Facies abdominalis spricht als Frühsymptom mehr für Peritonitis und Strangulation als für chronischen bezw. Obturationsileus, bei dem sie erst spät zur Entwicklung kommt. Eines der frühesten Anzeichen der Peritonitis sind nach T. hyperämische Flecken auf der Stirn. Das Gleiche gilt von Unruhe und Erregung.

Die Temperatur hält T. — weil zu variabel — für nicht verwendbar zu sicheren Schlüssen. Und doch möchte ich glauben, daß kleine Temperaturerhöhungen im Anfang ileusartiger Erkrankung fast immer für peritonitischen (dynamischen) Ursprung derselben sprechen und wohl nie fehlen! T. behauptet, daß eine allgemeine Peritonitis mit normaler Pulsfrequenz einhergehen könne! (Hft. 9, p. 362). Häufiges Urinlassen spricht für lokale Peritonitis, gegen die allgemeine und den mechanischen Ileus; und die Retention?

Von Interesse sind T.'s Beobachtungen über eine Art selektiver Fähigkeit des Magens eine Scheidung seines Inhaltes vorzunehmen, bezw. einen Teil der Contenta, z. B. Milch und Brot, zu erbrechen, Fleisch und Gemüse (bezw. Galle) zurückzubehalten. Erbrechen ist eines der wesentlichsten Symptome der Peritonitis und fehlt meist im Anfang des mechanischen chronischen Ileus. Häufig und früh tritt es auf bei Verschluß oberer Darmabschnitte.

Die Toleranz des Mastdarmes ist ein lokal wichtiges Symptom. Je tiefer der Sitz der Verstopfung, desto geringere Mengen Flüssigkeit lassen sich einführen bezw. werden ohne heftiges und schmerzhaftes Drängen ertragen. Der Schmerz ist mit das wichtigste Symptom. Tritt er plötzlich bei völligem Wohlsein auf, so spricht dies für Volvulus und Inkarzeration. Die Kranken nehmen danach oft höchst seltsame Stellungen ein, um Bauch und Eingeweide zu entspannen, während sie bei peritonitischen Anfällen eine ruhige Lage mit gebeugten Knien bevorzugen sollen! Bisher ist also die ätiologische Diagnose ebenso berücksichtigt wie die lokale.

Es folgt dann eine Kasuistik von 24 eigenen Beobachtungen T.'s, geordnet nach der Höhe des Verschlusses, von Pylorus, der Papille, dem Duodenum usw. und mit entsprechender Betonung der lokalen Differentialdiagnose, deren besondere Anhaltspunkte am Schluß der Arbeit nochmals schematisch zusammengestellt sind. Häufiges Erbrechen, auf das Epigastrium lokalisierter Meteorismus deuten auf Verschluß in den ersten Abschnitten. Galle fehlt im Erbrochenen bei Verschluß des Pylorus und in Höhe der Ampulle, welcher dafür durch Ikterus ausgezeichnet ist; bei Unwegsamkeit des unteren Duodenum enthält der Magen viel Galle und Pankreassaft. Weiter hinab, bei Verschluß des Ileum bezw. der Ileocoecalgegend, ist die mittlere Bauchgegend aufgetrieben; Erbrechen zeigt sich — je nach der Ursache — etwas später, kann kotig werden; Stuhl und Winde fehlen meist völlig. Empfindlichkeit der Ileocoecalgegend sowohl bei äußerer als rektaler Tastung ist für die lokale Diagnose wohl verwertbar. Bei Verschluß des Dickdarmes kann sich derselbe je nach dem Sitze des Hindernisses am rechten oder linken Winkel bezw. im Colon pelvinum als geblähte Schlinge in den Flanken oder den Leib völlig umrahmend abzeichnen. Erbrechen tritt relativ spät auf, kann auch fehlen. Neben der Abwesenheit von Stuhl und Winden sind zu beachten das Verschwinden der Leberdämpfung, Verdrängung des Herzens und die Toleranz des Rektum gegen Ein-

läufe. Oft wird die rektale bezw. vaginale Untersuchung wertvolle Aufschlüsse geben.

Ein Literaturverzeichnis mit 76 Nummern schließt die interessante, in vieler Hinsicht lehrreiche Arbeit. **Christel** (Metz).

---

25) **Brion** und **Kayser.** Künstliche Infektion der Gallenblase mit Pneumokokken nach Cholodochusresektion.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 5.)

Zur Erklärung des Ikterus, der bisweilen bei kruppöser Pneumonie vorkommt, nimmt man neben anderen Momenten auch das Bestehen einer entzündlichen Infektion der Gallenwege an. Diese kann Folgeerscheinung einer allgemeinen Pneumokokkämie, also deszendierend sein, oder die Cholangitis ist nicht pneumokokkischer Natur, aszendierend. B. und K. resezierten nun Hunden ein Stück des Cholodochus und spritzten in die Gallenblase Pneumokokkenaufschwemmung. Die eingebrachten Pneumokokken ließen sich nach mehreren Tagen nicht mehr in der Galle nachweisen, dagegen regelmäßig im Blute. Massenhaft treten obligate Anaërobien in der gestauten Gallenblase auf nach Pneumokokkeninfektion der Galle.

Haeckel (Stettin).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Mitteilung, Suprarenin betreffend.

Von

Dr. **H. Braun** in Leipzig.

Das Adrenalin wird bekanntlich jetzt auch von den Höchster Farbwerken fabrikmäßig hergestellt, mußte aber, da der Name Adrenalin patentiert ist, anders, nämlich Suprarenin genannt werden. Bisher ist immer nur die salzsaure Suprarenin- bezw. Adrenalinverbindung praktisch in Anwendung gezogen worden. Seit einiger Zeit indessen stellen die Höchster Farbwerke eine neue, leicht und klar in Wasser lösliche, kristallinische Suprareninverbindung her, das borsaure Suprarenin. 1,3 g borsaures Suprarenin enthalten 1 g reines Suprarenin. Diese Verbindung eignet sich infolge ihrer Wasserlöslichkeit sehr gut zur Dosierung in komprimierten Tabletten. Derartige Tabletten, von denen jede 0,01 Kokain — 0,00013 Suprareninum boricum — 0,009 Chlornatrium enthält, werden auf meine Veranlassung von der Firma G. Pohl in Schönbaum bei Danzig hergestellt und nunmehr in den Handel gebracht werden. Eine Tablette, unmittelbar vor dem Gebrauch in 1 ccm sterilisierten Wassers gelöst, ergibt z. B. die für eine Zahnextraktion erforderliche Kokain-Suprareninlösung. Für andere Zwecke kann diese Lösung nach Bedarf mit Kochsalzlösung verdünnt werden; eine Tablette, gelöst in 100 ccm Kochsalzlösung, gibt noch eine Lösung, welche in den mit ihr reichlich infiltrierten Geweben fast vollständige Blutleere und eine langdauernde Anästhesie hervorruft. Ich denke, daß es vielen Chirurgen, Ärzten und Zahnärzten angenehm sein wird, das Suprarenin in dieser haltbaren, reinlichen und exakt dosierbaren Form zur Hand zu haben.

II.

(Aus dem Rudolfinerhause in Wien-Döbling.)

Operationstisch mit einfacher Hebevorrichtung.

Von

Dr. **Ludwig Moszkowicz,** Sekundararzt.

Um die Hochlagerung der Lendengegend, die sich namentlich bei Operationen an den Gallenwegen als vorteilhaft erweist, ohne jede Störung für den Operateur bewerkstelligen zu können, ließ ich die Rückenlehne zweiteilig konstruieren. Wie aus den Abbildungen ersichtlich, läßt sich durch Umklappen der Rückenlehne eine keilförmige Unterlage herstellen, über deren oberen Grat die Lendengegend des Pat. zu liegen kommt.

Fig. 1.

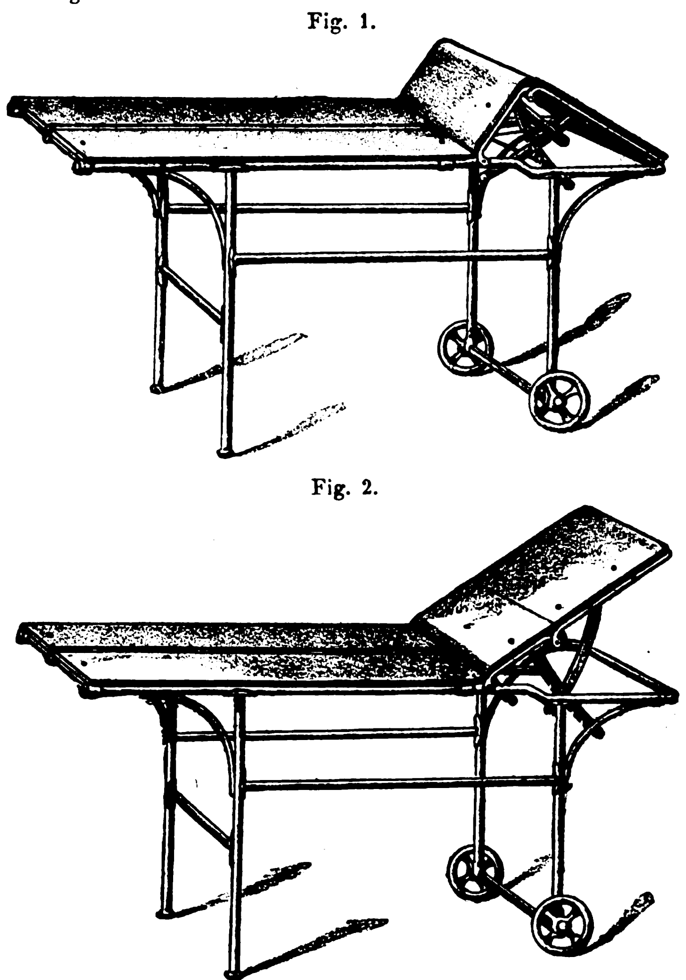


Fig. 2.

Etwa 22 cm vom unteren Ende der Rückenlehne ist diese durch eine quere Spalte in eine untere und obere Partie geteilt. Der untere Teil ist durch eine Zahnstange verschieden hoch stellbar. Der obere Teil ist mittels zweier seitlichen

Scharniergelenke gegen den unteren beweglich. Ruht die feste Stütze des oberen Teiles auf einer Strebe des unteren Teiles auf, dann stellt die Rückenlehne eine feste Unterlage für Rücken und Kopf des Pat. dar. Wird die Stütze abgehoben, dann senken sich Rücken und Kopf des Pat. allmählich ins Niveau der Tischplatte, die Lendengegend der Wirbelsäule bleibt in ihrer erhöhten Position.

Dank der Länge des Hebelarmes, den die obere Partie der Rückenlehne darstellt, wird dieses Manöver vom Narkotiseur mit Leichtigkeit ausgeführt, ebensoleicht wird gegen Ende der Operation der Pat. mit Rücken und Kopf wieder in erhöhte Lage gebracht.

Die Vorrichtung hat sich bei Operationen an Gallenwegen und Nieren gut bewährt.

Der Operationstisch wurde von der Firma M. Esterlus, Wien IX, Mariannengasse 2, ausgeführt.

III.

Zur Technik der Operationen im Thorax mit Überdruck.

Von

Privatdozent Dr. Wilms.

Zur Technik der intrathorakalen Operationen mit Überdruck nach der Modifikation von Brauer, die bei Hunden auch nach unserer Erfahrung gut anwendbar und eine schöne und ruhige Narkose gibt, möchte ich bemerken, daß hier zur Tamponade der Trachea nach vollführter Tracheotomie eine Modifikation der Kanüle mir angebracht erscheint. Petersen hat mit der Tamponkanüle nach Trendelenburg Schwierigkeiten gehabt. Ich habe den Verschluß der Trachea durch die Kanüle in der Weise erreicht, daß ich den in der Lunge herrschenden Überdruck benutzt habe, um den Abschluß gewissermaßen ventilartig zu bewirken.

Man nimmt das Innenrohr einer gewöhnlichen Sprechkanüle und vergrößert die seitliche Öffnung nach unten, dann bindet man Kondomfingerlinge, am besten zwei übereinander, so fest, daß sie wie ein Säckchen die Kanüle umgeben. Die Spitze der Kondomfinger muß natürlich entfernt werden, damit die untere Öffnung der Kanüle frei bleibt. Wenn die Kanüle eingesetzt ist und Überdruck von 10 mm Hg herrscht, bläht sich der Kondomfinger auf und schließt luftdicht die Trachea ab. Die Kanüle kann nicht herausgehustet werden, da bei jeder Erhöhung des intrapulmonalen Druckes der Kondomfinger nur stärker an die Trachea angedrückt und fixiert wird. Bei Operationen von $1^1/_2$ Stunden (z. B. Resektion der Cardia und unteren Ösophagus mit extrathorakaler Vereinigung des Ösophagus und Magens auf dem Rücken des Tieres) trat nicht die geringste Störung ein.

---

26) 71. Jahresversammlung der British med. association zu Swansea. 28.—31. Juli.

Sektion für Chirurgie.

(Brit. med. journ. 1903. Oktober 10. u. 17.)

Discussion on practical experience regarding the most satisfactory methods of performing intra-abdominal anastomosis.

G. H. Makins bespricht die gebräuchlichen Methoden der Darmvereinigung nach Resektion. Die End-zu-End-Naht gibt ein ideales Resultat, doch hält die Naht unsicher, da die Ernährung der Nahtlinie gefährdet ist. Auch wird durch die Einstülpung der Wundränder die Darmlichtung eingeengt. Die laterale Anastomose, bei der die Öffnung beliebig groß angelegt werden kann, erscheint sicherer. Der Nachteil besteht in dem größeren Zeitaufwande, da drei Nahtlinien angelegt werden müssen. Bei der lateralen Implantation — der dritten Methode — kann ein Verschluß der geschaffenen Öffnung nicht stattfinden, sind nur zwei Nahtlinien erforderlich, sind peristaltische Störungen ausgeschlossen. Die axiale Vereinigung kommt hauptsächlich für den Dünndarm, die laterale Anastomose für das Kolon in Betracht, die laterale Implantation bei starkem Mißverhältnis der zu

vereinigenden Teile. Die Statistik des St. Thomas-Hospitales weist für axiale Vereinigung eine Mortalität von 50%, für laterale eine solche von 30,7% auf. In den früheren Fällen kam es bei 25% zur Undichtigkeit der Naht, bei 13% zum Darmverschluß, während in den letzten 66 Fällen bei 16% die Naht nicht hielt und Darmverschluß nicht auftrat. M. mißt der lateralen Vereinigung ein größeres Maß von Sicherheit bei.

Bezüglich der Technik empfiehlt er die Anwendung von Klemmen, als der Digitalkompression bei weitem überlegen. Für die Naht stellt er folgende Erfordernisse fest:

1) Sicherheit der Naht, 2) Möglichkeit, eine genügend breite Serosafläche gegeneinander zu bringen, 3) Schnelligkeit der Ausführung, 4) Vermeidung der Bildung eines Sporns, 5) größtmöglichste Sicherung der Nahtlinie gegen Infektion vom Darminnern aus, 6) Vermeidung einer Perforation sämtlicher Darmschichten.

Allen diesen Anforderungen entspricht das Verfahren von Wölfler sowohl bei der axialen, wie bei der lateralen Vereinigung. Verengerung der geschaffenen Kommunikation kommt bei der letzteren nur selten zur Beobachtung und ist dann wohl immer darauf zurückzuführen, daß die Öffnung zu klein angelegt war. Auch bei der Gastroenterostomie kommt dieses Ereignis immer mehr in Wegfall.

Schließlich bespricht M. die Resultate der Vereinigung der Darmenden mittels des Murphyknopfes. Eine Überlegenheit der Naht kann M. ihr nicht zuerkennen, wohl aber eine Reihe von Gefahren; namentlich fällt der Zustand der Darmwand für das Gelingen der Vereinigung noch mehr in die Wagschale als bei Anwendung der Naht. Für direkt kontraindiziert erscheint die Anwendung des Knopfes bei der Gastroenterostomia anterior, bei Resektionen am Kolon. Sehr zweifelhaft erscheint der Wert bei sämtlichen lateralen Anastomosen, da durch die Naht allemal eine weitere Kommunikation geschaffen werden kann.

E. Stanmore Bishop gibt eine Übersicht über 22 Darmoperationen mit 7 Todesfällen. Drei Fälle werden besonders besprochen, welche zur Klärung der in Betracht kommenden Fragen beitragen sollen. 1) Darmresektion bei inkarzerierter Hernie. Tod infolge von Darmverschluß. Bei der Autopsie ist die Schleimhaut der Nahtstelle ödematös und verlegt die Darmlichtung nahezu vollständig. 2) Pylorusresektion wegen Krebs. Tod am 7. Tage. Die Naht ist an einer Stelle auseinander gewichen und hat sich ein großer subphrenischer Abszeß gebildet. 3) Resektion der Flexura sigmoidea wegen Krebs. Darmvereinigung mittels resorbierbaren Knopfes. Nach anfänglicher Kotentleerung stellten sich die Zeichen des Darmverschlusses ein, und die Kranke ging zugrunde. Die Sektion wurde nicht gestattet, doch hat B. die Überzeugung, daß die Lichtung des Knopfes durch feste Fäkalmassen verlegt wurde. B. erläutert die Fälle dahin, daß die einzelnen Darmabschnitte ein verschiedenes chirurgisches Vorgehen erfordern. Die Hauptgefahr für die Nahtlinie bildet in den oberen Darmpartien die Beschaffenheit des Darminhaltes und namentlich dessen verdauenden Kräfte, abgesehen davon, daß hier die Peristaltik stärker ist. Deshalb sind für die oberen Darmabschnitte resorbierbare Knöpfe indiziert, um die Nahtlinie einigermaßen gegen die Einwirkungen des Darminhaltes zu schützen. Im unteren Teile des Darmes dagegen ist die Anwendung eines Knopfes kontraindiziert. Die Naht muß so gestaltet sein, daß die Lichtung möglichst weit bleibt. B. faßt in der ersten Naht sämtliche Darmschichten und hält diese Art der Naht für nicht gefährlich. Um im Kolon größere Sicherheit zu gewährleisten, soll man der Hauptoperation eine Kolostomie voranschicken, namentlich wo die Darmlichtung durch eine Geschwulst verlegt wird. B. beschreibt einen resorbierbaren Knopf, den er bei der Naht anwendet; den Murphyknopf benutzt er nur, wenn höchste Eile geboten erscheint. Die Methode von Doyen, den Darm abzuquetschen, verwirft B., weil sie ihm hinsichtlich einer späteren Perforation keine genügende Gewähr zu bieten scheint.

Jordan Lloyd hält die einfachste Methode für die beste: die fortlaufende Etagennaht mit gewöhnlichen Nähnadeln und gewöhnlicher Nähseide, »wie sie sich in dem Nähkorbe jeder Hausfrau vorfinden«. Im allgemeinen bevorzugt er die

seitliche Anastomose. Bei genügender Übung läßt sich die Naht nahezu ebenso schnell ausführen, wie die Vereinigung auf mechanischem Wege.

Edward Deanesly legt eine doppelte fortlaufende Seidennaht an, deren erste sämtliche Darmschichten faßt.

R. C. Elsworth ist mit dem Murphyknopf zufrieden.

J. Basil Hall ist von allen mechanischen Hilfsmitteln abgekommen und zur einfachen Naht wieder zurückgekehrt, die er in zwei Etagen anlegt. Die innere Nahtreihe faßt sämtliche Darmschichten.

George G. Hamilton erklärt, daß in Liverpool allgemein die Knopfmethode zugunsten der Naht verlassen sei.

Sinclair White teilt die Fälle, in welchen die Darmresektion in Frage kommt, in drei Gruppen. Bei der ersten, welche Darmgangrän, ausgedehnte Verletzungen des Darmes und Mesenteriums, irreponible Intussusseptionen und bösartige Geschwülste umfaßt, erscheint die End-zu-End-Vereinigung am Platze. Bei der zweiten Gruppe, Resektionen am Magen, Blinddarm, in einigen Fällen auch am Dickdarme betreffend, erscheint wegen des Mißverhältnisses der zu vereinigenden Lichtungen die laterale Implantation als die ideale Methode. Für die Gruppe der lateralen Anastomose bleiben die Fälle übrig von inoperablen bösartigen Geschwülsten des Magens und Darmes, von gutartiger Pylorusstenose und sonst der Behandlung nicht zugänglichen Magengeschwüren. Zur Vereinigung benutzt W. fast ausnahmslos die doppelreihige Naht, nur bei der lateralen Implantation in einigen Fällen den Murphyknopf. Den bedeutendsten Fortschritt der Darmchirurgie sieht er in der Einführung der fortlaufenden Naht, welche Zeit spart und eine bessere Anpassung der Nahtlinie gewährleistet.

A. B. Mitchell zieht die einfache Naht ohne irgendwelche mechanischen Hilfsmittel vor.

Mayo Robson empfiehlt den von ihm angegebenen Knopf, über welchem er die Naht anlegt. Den Murphyknopf hält er für ein gefährliches Instrument, da derselbe gerade in den Fällen, wo er wegen der Zeitersparnis von größtem Werte sein könnte, also bei heruntergekommenen Individuen, oftmals versagt, weil der geschwächte Organismus nicht mehr die Energie besitzt, die erforderlichen Heilungsvorgänge ins Werk zu setzen.

R. sieht im allgemeinen die End-zu-End-Naht in Anwendung unter Zuhilfenahme seines resorbierbaren Knopfes, der eine spätere Kontraktion der Nahtlinie verhindern soll. Bei einer mittels Murphyknopfes angelegten Cholecystenterostomie fand er 3 Monate später die Öffnung geschlossen.

W. H. Horrocks hat die Erfahrung gemacht, daß bei Brand des Darmes beträchtliche brandige Partien invaginiert werden können ohne Gefahr der Verlegung der Darmlichtung.

F. F. Burghard empfiehlt die fortlaufende, sämtliche Schichten fassende Naht.

Edmund Owen stellt fest, daß die Debatte ergeben habe, daß die Anwendung des Murphyknopfes zweifellos an Boden verliert. Er warnt aber, den Wert der Methode zu unterschätzen.

Discussion on the treatment of advanced tuberculous disease of the knee-joint.

G. A. Wright und W. F. Haslam haben über den zur Debatte stehenden Gegenstand eine Rundfrage erlassen, über deren Ergebnis berichtet wird. Die gestellten Fragen betrafen:

1) Indikationen zur Operation.
2) Operationsmethode.
   a. Wahl des Schnittes, b. Verhalten gegenüber der Kniescheibe, c. Verhalten der Ligamenta cruciata.
3) Behandlung der Knochenherde.
4) Anwenduung der künstlichen Blutleere.
5) Drainage.
6) Verband.



7) Schienen.
8) Bekämpfung der event. eintretenden Kontrakturen.
9) Behandlung der Flexionsstellung bei fibröser Verwachsung.
10) Mobilität nach Resektion.
11) Verkürzung nach Arthotomie und Resektion.
12) Einfluß des Alters auf die Wahl der Operationsmethode.
13) Direkte Fixation der Knochen bei der Resektion.
14) Schicksal der Kniescheibe bei der Resektion.
15) Primärer Sitz der Erkrankung.

Nach W. sollen operative Maßnahmen getroffen werden, wenn keine Besserung nach dreimonatiger konservativer Behandlung erzielt ist, oder wenn Zeichen von käsigem Zerfalle nachweisbar sind. Kontraindiziert ist die Arthrotomie bei zu weitgehender Erkrankung, namentlich wenn zu der ursprünglichen Erkrankung noch eine septische Infektion hinzugetreten und damit kaum alles Krankhafte zu entfernen möglich ist. Ferner muß das Allgemeinbefinden eine langdauernde Operation gestatten. Die typische Resektion führt W. selten aus, meist nur die Arthrotomie. Die Kniescheibe wird quer durchgesägt, nach der Operation wieder genäht. Die Ligamenta cruciata werden womöglich erhalten, oberflächliche und auch tiefer gehende lokale Knochenherde ausgekratzt oder ausgemeißelt. Meist wird die Operation unter künstlicher Blutleere ausgeführt. Drainiert wird nur, wenn septische Erscheinungen bestanden haben. Auf 3 Wochen kommt das Bein in einen einfachen Schienenverband, bestehend aus einer hinteren und zwei seitlichen Schienen, dann in eine Thomas'sche Schiene, die mindestens 2 Jahre lang getragen wird und die Neigung zu Kontrakturstellungen bekämpft. Bei eingetretener Flexionsstellung und bindegewebiger Verwachsung wird zunächst versucht, durch Extension und elastischen Druck das Glied wieder in Streckstellung zu bringen. Führt das nicht zum Ziele, werden die fibrösen Massen exzidiert. Bei knöcherner Verwachsung entweder lineare oder Keilosteotomie. Auf Beweglichkeit des Gelenkes wird am besten verzichtet. In einem gewissen Prozentsatz der Fälle tritt nach der Arthrektomie eine Verkürzung des Gliedes ein. Byers fand eine solche unter 41 Fällen sechsmal. Bei Kindern führt W. die Resektion überhaupt nicht aus, auch bei Erwachsenen sucht er mit der Arthrotomie und der Entfernung des Krankhaften auszukommen. Die Kniescheibe läßt er zurück, so lange sie nicht selbst erkrankt ist. Bezüglich des primären Sitzes glaubt W., daß die meisten Fälle von Kniegelenkstuberkulose von der Synovialis ihren Ausgang nehmen. Die Anwesenheit latenter Knochenherde hält er für selten. Er meint, die Arthrotomie würde noch in größerem Ansehen stehen, wenn sie immer sachgemäß ausgeführt würde; allerdings stellt sie größere Anforderungen an die Geduld des Operateurs als die typische Resektion.

J. Ward Cousins führt in den seltenen Fällen, in denen ein tuberkulöser Knochenherd in das Innere des Gelenkes durchbricht und eine akute Entzündung hervorruft, die Arthrotomie aus mit nachfolgender Ausspülung des Gelenkes. Bei fortschreitender Gelenktuberkulose kommt nur die chirurgische Behandlung in Betracht, bei Individuen jenseits der Pubertät die Resektion. Eine möglichst dünne Lage Knochen wird von Femur und Tibia abgesägt, die Knochenherde werden mittels Meißels entfernt, die tuberkulöse Kapsel wird exstirpiert. Die Knochenenden werden möglichst fest gegen einander gefügt, die äußere Wunde nahezu völlig vernäht. Bei jüngeren Individuen Arthrektomie. Bei allzu weit vorgeschrittener Tuberkulose führt auch die Resektion nicht zum Ziele, bleibt nur mehr die Amputation übrig.

C. B. Keetley anerkennt keinen Unterschied zwischen Resektion und Arthrektomie, überall kommt es darauf an, sämtliches kranke Gewebe zu entfernen.

Nach K. W. Monsakrat kommen die Flexionskontrakturen nur dann zustande, wenn der Extensionsapparat geschädigt ist. Bei der queren Durchtrennung der Kniescheibe wird die Schädigung vermieden, wenn sie später wieder konsolidiert. K. empfiehlt einen Längsschnitt über die Vorderfläche des Kniegelenkes und die Durchtrennung der Kniescheibe in der Längsrichtung. Die beiden Hälften

werden seitlich heruntergeklappt, durch eine Verlängerung des Schnittes nach oben wird der Recessus freigelegt. Um Rezidive zu verhüten, ist eine möglichst lange Ruhigstellung erforderlich. M. verzichtet darauf, eine Beweglichkeit zu erzielen. Er operiert ohne künstliche Blutleere, sorgt aber für exakte Blutstillung.

A. H. Tubby hält die operative Behandlung der Kniegelenkstuberkulose für eine der dankbarsten Aufgaben der Chirurgie. Um die Flexionskontraktur zu verhüten, legt er eine starke Drahtnaht durch die querdurchtrennte Kniescheibe, sowie Femur und Tibia.

Sinclair White hat gefunden, daß die Krankenhauspatienten trotz sorgsamster konservativer Behandlung fast alle zur Operation kommen, und rät zur frühzeitigen Resektion. Das günstigste Resultat der konservativen Behandlung sei ein schwaches, mehr oder minder steifes Gelenk, bei dem die Gefahr vorhanden sei, daß bei den geringsten Schädigungen der Prozeß aufs neue aufflackert; und dieses Resultat sei nur durch eine lange Einbuße von Arbeitsfähigkeit zu erzielen. W. hat 31mal die Resektion ausgeführt. Das Resultat war 28mal eine feste knöcherne, 3mal eine derbe fibröse Vereinigung.

Betham Robinson hält künstliche Blutleere während der Operation für nicht wünschenswert. Bei Erwachsenen der arbeitenden Klasse, namentlich wenn auch der allgemeine Gesundheitszustand Anlaß zu Besorgnissen gibt, ist seiner Meinung nach die Frühresektion, als das sicherste Verfahren, alles Krankhafte zu entfernen, am Platze.

A. B. Mitchell tritt für eine frühzeitigere operative Behandlung ein, als sie jetzt vielfach üblich ist.

H. A. Latimer hält die Resektion gegenüber der Arthrektomie für die überlegenere Operation, weil sie mehr Gewähr dafür bietet, alles Krankhafte zu entfernen.

G. B. Ferguson befürwortet die Resektion bei Erwachsenen, wonach er Femur und Tibia mittels Drahtnaht gegeneinander befestigt.

Edmund Owen kann einen prinzipiellen Unterschied zwischen Resektion und Athrektomie nicht finden, in manchen Fällen ist schwer zu entscheiden, unter welchem Namen die stattgehabte Operation zu rubrizieren ist. Auch er will das konservative Verfahren nicht zu weit getrieben wissen. Andererseits bekennt O., daß er die Resultate der Resektion denn doch nicht so schön findet, wie das von manchem der Vorredner geäußert worden sei. Das dadurch entstehende steife Glied sei doch oft recht hinderlich; und so manchem Kranken werde mit der Amputation ein besserer Dienst erwiesen als mit der Resektion.

Jordan Lloyd hält die Resektion bei noch jugendlichen Erwachsenen für eine sehr dankbare Operation. Bei Kindern gibt sie weniger gute Resultate, weil bei diesen die Gefahr einer späteren Flexionskontraktur eine größere ist, und weil vielfach Wachstumsstörungen eintreten.

Whright erwidert auf einige Punkte. Namentlich wendet er sich gegen diejenigen, welche die operative Behandlung in ausgedehntem Maße befürworten. W. hält die Operation in etwa 10% der Fälle für erforderlich. Ob durch die Längsinzision der Gefahr der Kontraktur vorgebeugt wird, erscheine fraglich. Und er widerspricht der Anschauung, daß die Amputation der Resektion vorzuziehen sei.

J. Basil Hall: A new route for posterior gastro-jejunostomy.

H. hat bei Gastroenterostomia posterior das Lig. gastro-colicum stumpf durchtrennt und durch die gemachte Öffnung eine Darmschlinge mit dem Magen in Berührung gebracht. Daß die Schlinge dabei ihre Lage vor dem Colon transversum erhält, ist belanglos. Er berichtet über 12 Fälle, in welchen er die Operation mit gutem Erfolg ausgeführt hat. Als Vorteil des Verfahrens rühmt er die leichte Ausführbarkeit.

McAdam Eccles: One danger of gastro-enterostomy.

Bei einem 64jährigen Manne, der an einer Magendilatation litt, führte E. die hintere Gastroenterostomie aus. Die Operation verlief glatt, nur war der Pylorus ziemlich stark fixiert, so daß der Magen sich nicht so leicht hervorziehen ließ.

Bis zum 11. Tage ging alles gut, als der Kranke anfing zu fiebern und zu brechen. Es traten dann Magenblutungen auf, und am 14. Tage ging Pat. unter einer profusen Hämorrhagie zugrunde. Bei der Sektion fand sich ein abgekapselter Absceß zwischen Magen und Leber. Der Pylorus war durch zahlreiche alte Verwachsungen nach der Leber zu fixiert; an der Vorderfläche des Duodenum fand sich ein Bluterguß. Der Pylorus ließ nur die Fingerkuppe durch, direkt hinter ihm fand sich ein großes, ringförmiges Geschwür, welches die ganze Wand durchsetzt und die Art. hepatica arrodiert hatte. E. glaubt, daß die Blutung auf die Manipulationen zurückzuführen ist, welche erforderlich waren, um den Magen genügend vorziehen zu können.

Diskussion: Sinclair White führt immer die Gastroenterostomia anterior aus, weil solche Ereignisse, wie Eccles deren eins geschildert hat, immer bei der Gastroenterostomia posterior zu befürchten sind.

Mitchell glaubt nicht, daß das Verfahren von Hall irgendwelche Vorteile bietet. Ferner ist er der Ansicht, daß die Gastroenterostomie bei Geschwür zu häufig ausgeführt werde. In vielen Fällen käme man damit aus, das Geschwür einzufalten.

Keetley glaubt, daß die vorgeschlagene Methode der Gastroenterostomia posterior die Nachteile der anterior bietet; nach der letzteren sei häufig eine sehr hartnäckige Obstipation zu verzeichnen.

Openshaw hat dasselbe Verfahren wie Hall angewendet und glaubt, daß demselben doch Vorzüge inne wohnen. **Weiss** (Düsseldorf).

(Schluß folgt.)

---

27) **Albers-Schönberg.** Technische Neuerungen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 3.)

Verf. teilt eine Reihe von Vervollkommnungen in der Anwendungsweise einer Kompressionsblende und Verbesserungen der Technik bei Ellbogen-, Schultergelenks- und Brustaufnahmen mit. Für die Darstellung der Lendenwirbelsäule benutzt er neuerdings eine Kompressionsblende, deren Blendenrohr einen rechteckigen Querschnitt hat.

Besondere Aufmerksamkeit wendet A.-S. den Schutzvorrichtungen gegen Einwirkungen der Bestrahlung auf den Untersucher an. Näheres über dieselben siehe d. Bl. 1903 p. 637. Schmerzen in den Augen und Brennen der Gesichtshaut, die sich früher nach längeren Schirmuntersuchungen bei dem Verf. einstellten, hat er seit Anwendung der dort empfohlenen Bleiglasplatte nicht mehr verspürt.

Nach Walter (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII Hft. 3 p. 150) besitzen die außerhalb der Röhre entstandenen Sekundärstrahlen eine wesentlich höhere (2—3 Nummern seiner Härteskala) Penetrationskraft; es erscheint somit die von A.-S. empfohlene Vorsicht dem Ref. nicht übertrieben, um so weniger, als nach den bisherigen Mitteilungen über nachteilige Wirkungen durch Röntgenstrahlen anzunehmen ist, daß dieselben erst zu einem kleinen Teile bekannt sind. **Matthias** (Königsberg i. Pr.).

28) **Exner.** Eine neue Hängeblende mit Röntgenröhre.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 3.)

E. beschreibt ein mit Revolverblende versehenes Röhrenbrett, das, mit Drahtseilen in Rollen equilibriert aufgehängt, zur Radioskopie, Radiographie und Radiotherapie verwendet wird. Daß es sich in seinen Leistungen, wie Verf. meint, der Orthodiaskopie nähern soll, will dem Ref. nicht einleuchten; hierzu fehlen einmal ein auf der gegenüberliegenden Seite des zur Untersuchung stehenden Objektes befindlicher Festpunkt für den normalen Strahl, zweitens eine Führung für das Röhrenbrett, welche die Verschiebung desselben nur in seiner Ebene gestattet, mithin die Grundbedingungen für die Orthoradioskopie. Auch ist der Mangel einer Unschädlichmachung der seitlich und rückwärts gerichteten Sekundärstrahlung

nach den gerade im vorliegenden Hefte der »Fortschritte« von Albers-Schönberg und Walter gemachten Mitteilungen geeignet, Bedenken gegen das sonst so handliche Instrument zu erwecken. **Matthias** (Königsberg i. Pr.).

29) Loeper et Louste. Recherche des cellules néoplasiques dans le sang. Néocytémie.

(Société de biologie 1904. Januar 30.)

Verff. stellten Untersuchungen über das Vorhandensein von Geschwulstzellen im Blute bei bösartigen Geschwülsten an, indem sie die roten Blutkörperchen durch Essigsäure auflösten und die übrigen Zellen zentrifugierten. Das Resultat war negativ bei lokalisierten Epitheliomen, positiv bei einer Anzahl von Sarkomen; zahlreiche Geschwulstzellen in einem einzelnen Präparate wurden bei einer allgemeinen Sarkomatose gefunden, mehrere bei einem Schultersarkom, vereinzelte bei einem Halssarkom. Die Differentialdiagnose gegenüber den verschiedenen Formen der Leukocyten ließ sich sicher durchführen.

Es findet also im Blute Sarkomatöser unter Umständen eine anhaltende oder vorübergehende Durchwanderung von Geschwulstzellen statt; vielleicht sind die im Blute festgestellten pigmentierten Zellen bei Melanosarkom ebenfalls Geschwulstzellen. **Mohr** (Bielefeld).

30) Janssen. Zur Kenntnis der Arthritis chronica ankylopoëtica.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 5.)

J. gibt eine sehr genaue makro- und mikroskopische Beschreibung der Gelenkveränderungen in zwei Fällen der genannten Krankheit, deren Sonderstellung gegenüber dem chronischen Gelenkrheumatismus und der Arthritis deformans betont wird. Es war meist eine völlige knöcherne Verschmelzung der Gelenkteile erfolgt, die Markräume des einen Knochens gingen direkt in die des anderen über, Knorpel und Gelenkspalt waren völlig geschwunden.

Haeckel (Stettin).

31) Vinai. La cura del lupus colle correnti ad alto frequenze.

(Giorn. d. R. Accad. di Torino 1903. Nr. 11.)

V. hat zwei Fälle von Lupus vulgaris, welche vorher jeder Behandlung getrotzt hatten, durch lokale Applikation hochfrequenter (Arsonval'scher) Ströme geheilt. Die Wirkung ist auf den vereinten Einfluß dieser Faktoren zurückzuführen: Licht, Hitze und Vasokonstriktion mit nachfolgender Gefäßdilatation.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

32) Presta et Taruella. Traitement de l'érysipèle par la levure de bière.

(Revue franç. de méd. et de chir. 1904. Nr. 8.)

Verff. behandelten 24 Fälle von Erysipelas mit trockener Bierhefe (4—6 Kaffeelöffel in 24 Stunden), und zwar mit gleichmäßig gutem Erfolge. Setzte die Behandlung sofort ein, so trat die Austrocknung und der Temperaturabfall meist am 3.—4. Tage ein. Bei den innerhalb der ersten 40 Stunden behandelten Fällen sah man regelmäßig eine Hemmung der Ausbreitung; nach höchstens 6 Tagen war die lokale Schwellung und Rötung verschwunden, und die Abschuppung begann. Selbst in vorgeschrittenen und schweren Fällen mit starken Allgemeinerscheinungen war noch ein deutlicher Erfolg vorhanden. Am raschesten gingen immer die allgemeinen Symptome zurück. **Mohr** (Bielefeld).

33) Aronheim. Ein Fall von ausgedehnter Phlegmone, verursacht durch subkutane Injektion einer Kokain-Adrenalinlösung bei einem 70jährigen Manne.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 14.)

A. glaubt, da er bei der Operation streng aseptisch verfahren, die Nadel und Spritze durch Auskochen und die frische Kokain-Adrenalinlösung gleichfalls steri-

lisiert hatte, die schwere Phlegmone auf das hohe Alter des Pat. und das gefäßverengernde Adrenalin zurückführen zu müssen und warnt deshalb vor der Infiltrationsanästhesie bei alten Leuten. (Nach B. Müller soll der Chloretongehalt der offizinellen Adrenalinlösungen die Ursache von Eiterungen sein. Ref.)

Kramer (Glogau).

34) Bakes. Zur Frage der mechanischen Netzverlagerungen bei Trendelenburg'scher Position.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 3.)

B. veröffentlicht die Krankengeschichte eines Equilibristen, bei welchem sich infolge seines Berufes, in welchem er alle seine Produktionen auf den Händen gehend ausgeführt hatte, eine Verlagerung des ganzen Netzes nach oben in den subhepatischen Raum und Fixation daselbst durch Verwachsungen ausgebildet hatte. Durch operativen Eingriff wurden die Beschwerden beseitigt. Die Entstehungsweise erklärt Verf. in derselben Weise, wie die von Kraske auf dem vorjährigen Chirurgenkongreß beschriebene Netzverlagerung bei Trendelenburg'scher Hochlagerung, bei deren vorsichtiger Anwendung er selbst allerdings noch keine Unannehmlichkeiten erlebt hat. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

35) Pape. Über Hernia diaphragmatica vera mit einem durch die Leberanlage gebildeten Bruchsack.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1904.

Beschreibung eines Falles von wahrem, linksseitigem Zwerchfellbruch be einem Neugeborenen bei linksseitigem Defekt der ganzen hinteren Zwerchfellhälfte. Der Bruchsack bestand aus Pleura costalis und einer glatten, glänzenden Membran, an deren Bildung sich außer dem Bauchfell hauptsächlich ein platter, zungenförmiger Fortsatz des linken Lappens der im übrigen stark vergrößerten Leber beteiligte. Im Bruchsacke lag, ohne mit ihm Verwachsungen eingegangen zu haben, Magen, Duodenum, Dünn- und Dickdarm (mit Ausnahme des untersten Abschnittes des Colon descendens) und Milz. Die Entstehung des Defektes wird auf ein Ausbleiben der Anlage des dorsalen muskulösen Zwerchfellanteiles linkerseits zurückgeführt; der Bruchsack ist aus der Anlage des linken Leberlappens im Septum transversum (His) entstanden. **Engelhardt** (Gießen).

36) Dandois. Egaropile (tumeur formée des cheveux) moulé sur l'estomac et le duodenum, enlevé avec succès à une jeune fille de 17 ans.

(Bull. de l'Acad. Roy. de méd. de Belg. 1903. Nr. 12.)

Der obige Haarballen wog über 1 kg; er bildet einen förmlichen Ausguß des Magens und ganzen Duodenums, hat somit eine große Kurvatur, 45 cm lang, sein größter Umfang = 28 cm. Er besteht aus braunen Haaren, analog denjenigen der Kranken. Das untere Duodenalende ist von Galle gelb verfärbt, die ganze Portio duodenalis mißt 15 cm Länge. Der Form des Haarballens analog muß der Magen eine nicht quere, sondern fast senkrechte Richtung gehabt haben. Der Haarballen wurde durch Gastrotomie glücklich entfernt. Heilung in etwa drei Wochen.

Baudamant (Journ. de méd. 1779) beschrieb den ersten Haarballen beim Menschen. Fenwick (Brit. med. journ. 1902) stellte 24 Fälle zusammen; die meisten betreffen Sektionen, bei denen der Haarballen gefunden wurde. Schönborn (1883) entfernte den ersten Haarballen durch die Gastrotomie; die Diagnose war auf Wanderniere gestellt worden. Weitere operative Fälle sind von Thornton 1886, Jacobson 1902, Day 1901, Stelzner 1896 und Paton 1902 beschrieben. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 21. **Sonnabend, den 28. Mai.** **1904.**

I.

Eine Nahtmethode zur Vermeidung von versenkten Nähten bei der Bassini'schen Operation.

Von

Dr. Robert Porges,

gewesener I. Assistent des Professor Hochenegg.

Nach allgemeiner klinischer Erfahrung ergibt die Radikaloperation der Hernia inguinalis nach Bassini im allgemeinen ausgezeichnete Resultate. Man rechnet als durchschnittliche Heilungsdauer ungefähr drei Wochen. Nach dieser Zeit werden die Fälle als geheilt entlassen und werden so bezeichnet, wenn auch eine Nahteiterung noch bestehen sollte.

Nun sind die Fälle leider gar nicht so selten, bei welchen es trotz peinlichster Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln dennoch zu solchen Nahteiterungen kommt. So beobachtete ich in meiner Stellung als chirurgischer Spezialarzt der Wiener Bezirkskrankenkasse allein im verflossenen Jahre (1903) 18 Fälle von Nahteiterung nach Bassini-Operationen, die in Wiener chirurgischen Kliniken und Abteilungen ausgeführt wurden. Dadurch wurde die Heilungsdauer um 6 bis 14 Wochen verlängert. Dies ergab somit für diese Pat., die der Arbeiterklasse angehören, außer den physischen Leiden einen effektiven Arbeitsentgang von 180 Wochen, resp. für die Wiener Bezirkskrankenkasse eine Mehrauslage von ca. 2000 Kronen. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß gewiß eine größere Anzahl solcher Fälle von den Rayonsärzten behandelt wurde und sich so meiner

Fig. 1.

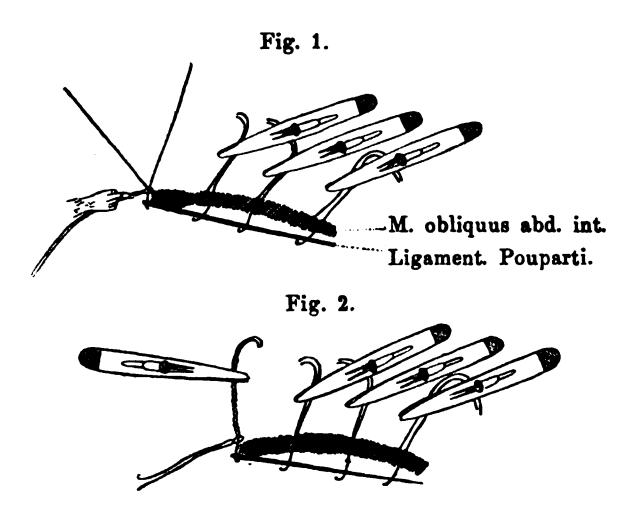


Fig. 2.

Kenntnis entzog. Es ist mir bekannt, daß der Chefarzt einer der größten Krankenkassen Wiens sich mit der Idee herumtrug, den Mitgliedern von der Operation des Leistenbruches abzuraten. Er ist zwar aus selbstverständlichen Gründen von dieser Idee abgekommen; es ist jedoch dieses Faktum wieder beweisend, wie häufig auch dort derartige Nahteiterungen vorkommen und wie stark auch diese Krankenkasse dadurch in Mitleidenschaft gezogen ist.

Der Übelstand, hervorgerufen durch Eiterung der tiefen Nähte bei Bassini, wurde schon frühzeitig erkannt, und es wurden von verschiedenen Autoren, so Jonescu und Roux, Methoden zur Vermeidung versenkter Nähte angegeben, die jedoch wegen ihrer Kompliziertheit in die Praxis keinen Eingang fanden.

Ich habe nun ein einfaches Verfahren erdacht, welches es ermöglicht, versenkte Fäden vollkommen zu vermeiden.

Die Operation wird genau nach der Vorschrift Bassini's ausgeführt. Die tiefen Nähte, welche den Musculus obliquus abdominis

internus und Ligamentum Pouparti vereinigen sollen, werden angelegt und, nicht geknotet, mit Schiebern armiert. Hierauf wird der Schieber des ersten Fadens abgenommen, derselbe gekreuzt und gespannt gehalten, wodurch die früher erwähnten Gebilde vereinigt bleiben. Der Assistent legt nun an der Kreuzungsstelle mit einem Seidenfaden (Seide Nr. 1, die früheren Fäden Seide Nr. 3) einen festen Knoten an und hält diesen so lange gegen das Ligamentum Pouparti (Fig. 1), bis der Bassini-Faden 8 bis 10mal im Sinne des Uhrzeigers gedreht wurde, wodurch der Seidenknoten an dem Hinauf-

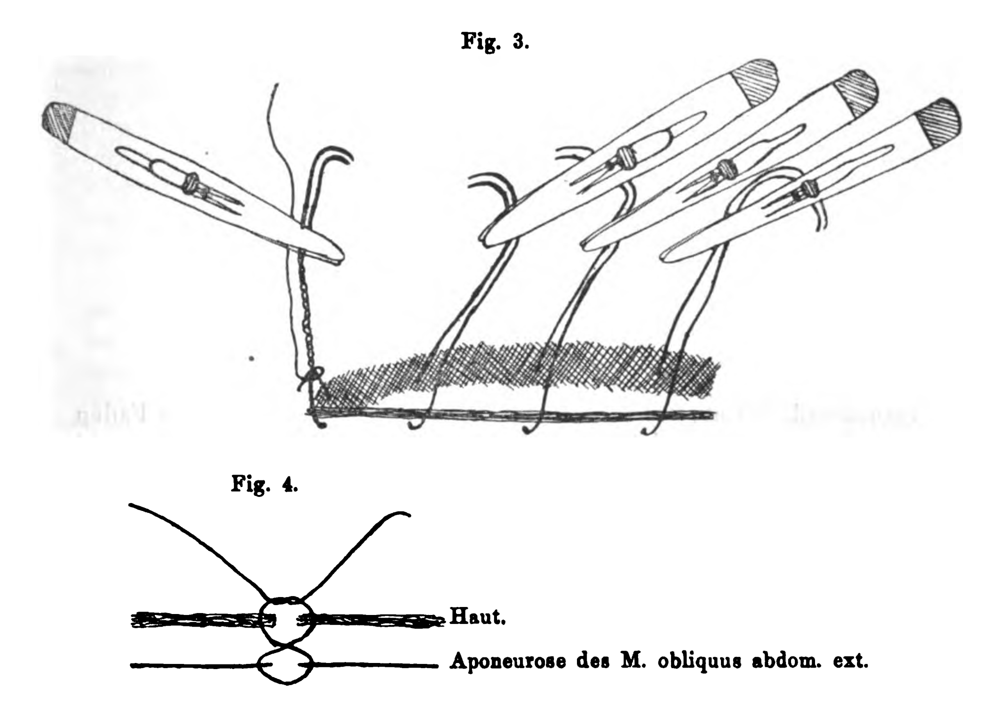


Fig. 3.

Fig. 4.

rutschen gehindert wird (der gedrehte Faden ist nämlich dicker) und die vereinigten Gewebsteile eng verbunden bleiben. 4 cm vom Knoten weg wird der gedrehte Bassini-Faden in einen Schieber gefaßt. Das eine freie Ende des den Knoten bildenden Fadens wird knapp am Knoten abgeschnitten, während das andere Ende in den Schieber mitgefaßt wird (Fig. 3). Die anderen Bassini-Nähte werden in gleicher Weise versorgt, mit Schiebern armiert und aus der Wunde geleitet.

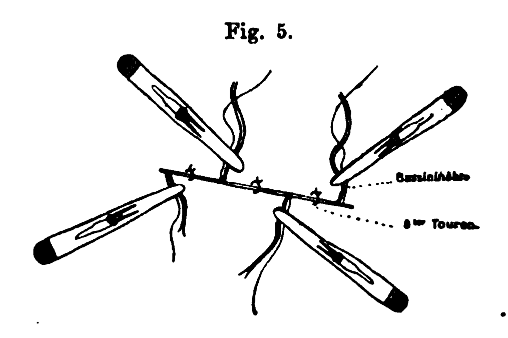
Um die versenkten Nähte in der Aponeurose des Musculus obliquus abdominis externus zu vermeiden, wird Haut und Aponeurose mit Achtertouren genäht. Kleinere klaffende Stellen der Haut werden dann noch durch Hautnähte vereinigt.

Alle tiefen Nähte führen somit nach außen, so daß die geschlossene Wunde folgendes Bild zeigt (Fig. 4).

Durch Unterlage der Schieber mit Verbandstoff wird die Haut vor Dekubitus geschützt.

Wenn keine Eiterung eintritt, so kann man die Nähte am 10. Tage nach der Operation, sonst aber die betreffende eiternde Naht früher entfernen. Die Entfernung der Bassini-Nähte wird nun so vorgenommen, daß man den Schieber öffnet und mit diesem bloß den dünnen Faden fixiert. Hierauf dreht man den vorher im Sinne des Uhrzeigers gedrehten Faden 8 bis 10 mal zurück. An der Lockerung des Fadens merkt man, daß die Drehung aufgehoben ist. Hierauf schneidet man das eine Ende des Bassini-Fadens an der

Fig. 5.



Hautoberfläche ab, nimmt das andere Ende mit dem dünnen Faden zugleich in den Schieber und zieht an. Leicht gehen nun sowohl Bassini-Faden als auch dünner Seidenfaden (mit Knoten) aus der Tiefe heraus.

Ich hatte Gelegenheit, in der Abteilung des Herrn Professor Hochenegg einen doppelseitigen Bassini auf diese Weise zu machen, und habe mich überzeugt, daß bei geringer Übung die Operation ohne Zeitverlust auszuführen ist, daß die Fäden wirklich gut halten und leicht zu entfernen sind.

Es ist einleuchtend, daß die gleiche Methode überall dort, wo man versenkte Nähte vermeiden will, Anwendung finden kann.

Ich empfehle den Chirurgen das Verfahren zur Nachprüfung.

II.

Beitrag zur radikalen Operation bösartiger Neubildungen der Blase.

Von

Dr. A. A. Berg,
Adjunkt am Mount Sinai Hospital, Neuyork.

Unter radikaler Operation eines bösartigen Krankheitsprozesses verstehen wir die gründliche Entfernung der primären Neubildung samt allen infizierten Lymphgefäßen und Lymphdrüsen. Die Prognose

ist immer von der Gründlichkeit der Exzision abhängig. Bei den bisher vorgeschlagenen Operationen bösartiger Tumoren der Blase fehlt durchwegs jeder Hinweis auf die rigorose Entfernung der internen iliakalen Lymphgefäße und Drüsen, und so können diese auf die Bezeichnung radikal keinen Anspruch erheben. Eine Dauerheilung des Krankheitsprozesses steht von denselben nicht zu erwarten.

Autor beschreibt an der Hand von zwei Fällen eine tatsächlich radikale Operation zur Entfernung bösartiger Neubildungen der Blase samt Drüsen und Lymphgefäßen. Dieselbe ist namentlich in Fällen von Entartung der hinteren Wand und des Fundus der Blase anwendbar.

Die Ureteren werden vor Beginn der Narkose katheterisiert. Operation in tiefer Narkose. 3 Zoll lange Inzision in der Medianlinie vom Symphysenrand aufwärts. Pat. wird nun in Trendelenburgsche Lage gebracht und Dünndarm sowie Bauchhöhle werden mit heißen Kompressen verpackt; über diese kommt noch eine Lage trockener Gaze.

Nunmehr wird das Peritoneum des Beckenbodens gespaltet, und zwar bei Frauen von der Reflexionsstelle an der hinteren Blasenwand bis zur Cervix, beim Mann an der vorderen Fläche des Douglas und vom Beckenboden bis zur Bifurkationsstelle der Art. iliaca comm. und stumpf abpräpariert; der den Katheter enthaltende Harnleiter, welcher hier dem Peritoneum adhärent verläuft, wird leicht identifiziert. Man kann ihn sofort bis zur Blase verfolgen und von seinem Verlaufe Notiz nehmen. Hierauf werden die Drüsen und Lymphgefäße der Art. iliaca interna entlang samt dem umgebenden losen Bindegewebe an beiden Seiten bis hinunter zur Blase lospräpariert. Dabei kann, namentlich in der Nähe der Blase, eine bedeutende venöse Blutung eintreten, die jedoch durch Tampons leicht zu stillen ist; wenn das Lospräparieren übrigens stumpf geschieht, so wird die Blutung kaum größere Dimensionen annehmen.

Die im Wege liegenden wichtigeren Organe sind: die leicht identifizierbaren Ureteren, die Art. und V. iliaca interna, welche gleichfalls ohne Schwierigkeit erkennbar sind; bei Frauen die Art. uterina, welche den Ureter an der oberen Kante der Cervix kreuzt; beim Manne Vesiculae seminales und Vas deferens. Der Plexus venosus prostatae beim Manne liegt hinter dem Operationsfeld und kommt nicht in Betracht, es sei denn, die Vorsteherdrüse wäre gleichfalls in Mitleidenschaft gezogen.

Ist der Ureter krebsig entartet, so wird er mit den Drüsen und Lymphgefäßen zugleich losgetrennt, reseziert und nachträglich wieder in die Blase eingepflanzt. Er soll nicht zu genau aus seinem Bindegewebsbette herausgeschält werden, denn aus letzterem erfolgt die Blutzufuhr, deren Abschneiden Nekrose nach sich ziehen könnte.

Nach Entfernung der Drüsen und Lymphgefäße wird der Beckengrund lose tamponiert, hierdurch die Blutung gestillt und einer In-

fektion vorgebeugt. Durch Tampons ist das Bauchfell vor Verunreinigung zu schützen.

Nun wird die Blase im gesunden Gewebe, und zwar über der Grenze der Neubildung eröffnet, mit Hilfe von Schwämmen trocken gewischt und die Oberfläche des Tumors mit reiner Karbolsäure oder dem Paquelin gründlich kauterisiert. Es folgt die breite Exzision der Geschwulst; ist das untere Ende des Ureters involviert, wird es mitreseziert. Blutung aus der Blasenwand wird durch Klammer oder Ligatur leicht gestillt. Ist der Ureter teilweise entfernt worden, so wird nun das Proximalende des Stumpfes am Gipfel der Blase implantiert, und zwar entweder intra- oder extraperitoneal. Jedenfalls ist es nicht angeraten, den Ureter in die Inzisionslinie zu implantieren, da die Vereinigung der Nähte nicht immer eine vollkommene ist und es dann zur Sickerung kommt.

Es folgt nun das Vereinigen der Blasenwand in zwei Reihen, Catgutnaht für die Mucosa und **Cushing**'s Matratzenseidennaht für die Muscularis. Drainage des Beckengrundes mit Gaze, bei Frauen durch die Vagina, beim Manne durch eine perineale Gegenöffnung zwischen Mastdarm und Vorsteherdrüse. Das Beckenperitoneum wird oberhalb der Gazedrainage seiner ganzen Länge nach vereinigt. Bauchnaht ohne Drainage.

Die Vorteile der Operation mögen im folgenden hervorgehoben werden: Man bekommt den möglichst freiesten Zugang zu Tumoren der hinteren Wand oder des Fundus der Blase. Es ist dies der einzige Weg zur Entfernung der erkrankten Lymphgefäße und Drüsen entlang der Art. iliaca interna. Wir sind in den Stand gesetzt, den Ureter zu entfernen, im Falle derselbe mitaffiziert ist, und ihn entweder wieder in die Blase oder in den Ureter der anderen Seite zu implantieren. Minutiöse Vereinigung der Blasenwand ist leichter zu bewerkstelligen. Es ergibt sich die Möglichkeit einer ausgezeichneten Drainage nach abwärts.

Ein möglicher Einwand gegen die Operation ist der, daß der Kranke einer größeren Infektionsgefahr ausgesetzt ist, wie bei der extraperitonealen Resektionsmethode. Das kann nicht geleugnet werden; da jedoch auf dem letzteren Wege Drüsen und Lymphgefäße nicht entfernt werden können, so heißt es entweder auf eine radikale Heilung des Blasenkrebses verzichten, oder die größere Gefahr mit in den Kauf zu nehmen. Die Infektionsgefahr kann aber auf ein Minimum reduziert werden. Die Blase wird nicht eher eröffnet, als nach Entfernung der Drüsen, Lymphgefäße und des gesamten krebsigen Gewebes; das Bindegewebe wird sodann mit Jodoformgaze verpackt. Die Blase wird sofort nach Eröffnung trocken gewischt und die krebsige Fläche kauterisiert. Der Blutverlust ist ein minimaler. Der Darm ist weder exponiert, es wird an ihm nicht herumhantiert, so daß auch Chok nicht zu befürchten steht, selbst wenn die Operation sich in die Länge zieht. In den zwei Fällen des Autors dauerte die Operation zweieinhalb resp. drei Stunden,

ohne daß Chok eingetreten wäre. Allerdings muß zugestanden werden, daß das Präparieren im Beckengrunde keine leichte Arbeit ist. Wenn man jedoch gleich am Anfang das Beckenperitoneum bis hinauf zur Bifurkationsstelle der Iliaca communis stumpf abschält und den Ureter bloßlegt, so ist das weitere Vordringen wesentlich erleichtert. Das vor der Inzision zu bewerkstelligende Katheterisieren der Harnleiter trägt natürlich viel zur raschen Identifizierung der Ureteren bei.

Autor betont, daß die Möglichkeit einer permanenten Heilung ihn zur Ausführung der Methode ermutigt habt. Er stüzt seine Erfahrungen auf zwei seit Jahresfrist operierte Fälle, die in folgendem kurz zu Wiedergabe gelangen.

Fall 1 betrifft eine 32jährige Frau mit Karzinom der Blase, des Uterus, der Vagina und Ligamenta lata. Die verhältnismäßige Jugend der Pat. veranlaßte Autor, den radikalen Weg zur Heilung einzuschlagen. Nach erfolgter Hysterektomie und Exstirpation der internen iliakalen Lymphgefäße und Drüsen wurde die linke Hälfte des Fundus, die linke hintere Fläche, sowie die linksseitige Uretermündung entfernt. Der linke Ureter wurde sogleich in die höchste Stelle der Blase implantiert. Vereinigung des Blasendefektes durch zwei Nahtreihen; Drainage des Beckengrundes nach abwärts; vollständiger Verschluß des Peritoneums, komplette Bauchnaht. Ungestörter Verlauf. Acht Monate später Rezidiv im Becken. Pat. hatte 25 Pfund zugenommen, verlor aber 5 davon in den letzten zwei Monaten.

Fall 2 betrifft eine Frau mit ausgebreitetem Karzinom der rechten hinteren Blasenwand, der rechten Fundushälfte und der rechtsseitigen Uretermündung, kompliziert mit Fibromata uteri. Einleitende Hysterektomie; interne iliakale Lymphgefäße und Drüsen werden leicht entfernt. Nach Eröffnung der Blase zeigt sich, daß das Karzinom bis zur Urethra hinunterreicht. Eine breite Exzision hätte die Entfernung des hinteren Drittels der Harnröhre nötig gemacht, was unausbleiblich zu Inkontinenz führen mußte. Die Exstirpation wäre ganz leicht vor sich gegangen, doch wurde in Anbetracht der Ausbreitung des Leidens und der drohenden Inkontinenz von einem radikalen Eingriff Abstand genommen und die krebsige Masse bloß mit dem Paquelin kauterisiert. Dauerkatheter in die Blase; Blasenwandnaht in zwei Reihen; Drainage per vaginam; Peritoneal- und Bauchnaht ohne Drain. Ungestörter Heilungsverlauf.

---

1) **B. Walter.** Über die Färbungen stark gebrauchter Röntgenröhren.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 3.)

W. hat die für alle, welche viel mit Röntgenröhren zu arbeiten genötigt sind, wichtige Tatsache festgestellt, daß die Färbung viel gebrauchter Röhren nicht, wie bisher wohl allgemein angenommen wurde, lediglich durch Ablagerung fein verteilter Metalle, vornehmlich Platin, auf der Innenfläche des Glases bewirkt wird. An Fragmenten solcher stark violett gefärbter Röhren konnte W. nachweisen, daß das Glas die fragliche Farbe in seiner ganzen Dicke zeigt, daß ferner die Färbung desselben Ursprunges ist, wie die auch von außerhalb der Röhre befindlichen Gläsern und Salzen unter dem Einfluß von Röntgenstrahlen oder der Strahlen des Radiums

angenommene. W. unterscheidet zwischen dieser durch Röntgenstrahlen bewirkten violetten Färbung des Glases und der durch Auflagerung zerstäubten Metalles bedingten; letztere zeichnet sich durch Mannigfaltigkeit der Farben aus und erinnert bei einer gewissen Dichte der aufgelagerten Schicht an die »Farben dünner Blättchen«. Diese, welche ein Zeichen dafür ist, daß häufige Entladungen im Sinne der Schließungsinduktion die Röhre passiert haben, ist dem Bestand einer brauchbaren Röhre gefährlich, da sie ihren Härtegrad durch Absorption von Gasen steigert, während die Violettfärbung des Glases als Maßstab für die Energiemenge dienen kann, welche von einer Röhre im Laufe der Zeit ausgegangen ist. Daß Röhren mit starker Violettfärbung zugleich hart sind, beruht darauf, daß jede Röhre auch ohne erhebliche Metallzerstäubung an Härte zunimmt. Die mit Regeneriervorrichtungen versehenen Röhren von Gundelach und Müller können erstaunliche Grade der Violettfärbung aufweisen, ohne deshalb infolge Härterwerdens unbrauchbar geworden zu sein.

Zum Schlusse betont auch hier Verf. die Regel, daß wir Schließungsströme nach Möglichkeit von unseren Röhren fernhalten müssen, um der verderblichen Zerstäubung der Metalle Einhalt zu tun.

Matthias (Königsberg i. Pr.).

---

2) **Credé** (Dresden). Die subkutane Eiweißernährung.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 9.)

Nach verschiedenen erfolglosen Versuchen mit alten und neuen Eiweißpräparaten hat C. in dem von der Nährstoffabrik Heyden aus Fleisch hergestellten »Kalodal«, welches 95% aufgeschlossene, leicht lösliche Eiweißsubstanzen in leicht assimilierbarer Form und geringe Mengen Fleischsalze (Phosphate usw.) nebst Spuren von Eisen und Kochsalz enthält, eine zur subkutanen Eiweißernährung geeignete Substanz gefunden. Dieselbe ist leicht löslich in Wasser, koch- und sterilisierbar, lange Zeit haltbar und verursacht bei der Injektion weder, größere Schmerzen noch bei vorsichtiger Anwendung unangenehme Wirkungen auf den Organismus (Nierenreizung). C. gibt in Pausen von 6 Stunden 5 g Kalodal mit 50 g Kochsalzwasser (10%ige Kalodallösung) oder noch besser mit einer Infusion von ca. 500 g Kochsalzlösung, die an zwei Stellen eingespritzt wird. Nur eine ganz minimale Spur von Eiweiß wird mit der vermehrten Harnsäure- und Harnstoffmenge wieder durch die Nieren ausgeschieden, so daß also dem Körper der größte Teil des dargereichten Eiweiß zu gute kommt. — C. hat diese subkutane Eiweißernährung bei zahlreichen, durch Blutverluste erschöpften Kranken, in Fällen von Peritonitis und Ileus, Speiseröhrenkrebs usw. angewandt und war, wenn er auch die Methode für noch verbesserungsfähig hält, mit den erzielten Erfolgen durchaus zufrieden. — Er hat das Kalodal auch bei Darreichung durch den Mund (teelöffelweise in Bouillon usw.) oder durch Klistier bewährt gefunden. — Für die subkutane Darreichung

kommt es in sterilisierter 10%iger Lösung in Glasröhren à 50 g in den Handel, die für lange Zeit haltbar bleibt. **Kramer** (Glogau).

---

3) **J. Markuse.** Über die Bedeutung des Etappenverbandes in der Behandlung der seitlichen Rückgratsverkrümmungen, besonders der habituellen Skoliose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 381.)

Durch die Julius Wolff'schen Arbeiten über das Gesetz der Transformation der Knochen und seine Klumpfußbehandlung mittels Etappenverband angeregt, hat sich Verf. in den letzten 18 Jahren der Behandlung der Skoliose nach analogen Prinzipien gewidmet. Er nimmt möglichst energische, und zwar ausschließlich manuale Redressionen der Wirbelsäule vor, deren Erfolg er in einem Gipspanzer fixiert. Nach ca. 4 Wochen Entfernung des Verbandes, erneute Redression, gefolgt von neuer Eingipsung und so fort unter jedesmaliger weiterer Stellungsverbesserung ca. 8 bis 9 Monate lang. Grundsätzlich wurde der Kopf nie mit eingegipst, damit die Wirbelsäule von der wichtigen Funktion, denselben zu tragen, nicht entbunden wurde, auch wurde für tüchtige Körperbewegung und Leistung von Arbeit Sorge getragen. Die von M. geübte Redressionsmethode ist im wesentlichen folgende: Pat., nur mit einem Trikothemd bekleidet und auf einer schmalen Bank sitzend, wird im Beely'schen Rahmen an Kopf und Armen suspendiert, meist so weit, daß er frei schwebend mit dem Gesäß die Bank nicht mehr berührt. Ist forcierte Streckung erforderlich, so wird Pat. mit Gurten an die Bank gebunden, welche ihrerseits fest mit dem Fußboden verbunden ist. Nach Bewirkung der bestmöglichen Extension wird der Gipspanzer angelegt, und während dessen Erstarrung erfolgt die Redression der Brust- und Rippenbuckel, sowie der abnormen Rumpftorsionsstellungen.

M. lobt seine mit der Methode erreichten Resultate, gibt indes keinerlei nähere Angaben, an wie vielen Pat. und mit welchem Erfolg im Einzelfall er sie zu erproben Gelegenheit hatte. Aus diesem Grunde bleibt für den Leser auch die Leistungsfähigkeit des Verfahrens nicht voll ersichtlich. Immerhin wird M. mit seiner Bemerkung Recht haben, daß wir heute viele Fälle, die früher zu Skoliosen dritten Grades rechneten, als solche zweiten Grades werden zählen können, wenn eine energische Redression versucht wird und hierbei eben sich zeigt, daß die Stellungsanomalien noch korrigierbar sind. Die von M. angegebene Methode der Redressierung und der Fixierung aber sind nach Angabe des Autors so einfach, daß er sie für geeignet hält, Gemeingut aller Ärzte, nicht nur der orthopädischen Spezialisten zu werden. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

---

4) **Stembo.** Über die die Expektoration befördernde Wirkung des konstanten Stromes.

(Therapie der Gegenwart 1904. Nr. 4.)

Bei der Behandlung eines Falles von Singultus mit dem konstanten Strom hat S. bemerkt, daß der konstante Strom auch eine die Expektoration befördernde Wirkung habe. Bei näherem Studium und weiterer Anwendung dieser Wirkung des galvanischen Stromes gelang es S. in 10 Fällen therapeutisch gute Resultate zu erzielen, wo andere Expektorantien im Stiche ließen.

Diese Entdeckung S.'s ist, falls sich die Methode weiter bewährt, auch für den Chirurgen wertvoll, indem wir bei älteren, mit Äther narkotisierten Pat., wo uns an einer reichlichen Expektoration viel gelegen ist, ein neues Mittel an die Hand bekommen, wenn andere Mittel versagen.

Die von S. angewandte Methodik ist folgende: Eine 50—60 qcm große, leicht gebogene Kathode wird auf die Hinterfläche des Halses gesetzt, die längliche ca. 30 qcm große Anode auf die Seitenfläche des Halses, und zwar abwechselnd rechts und links oder gleichzeitig zwei Anoden. Stromstärke 2—5 Milliampères, Dauer 3—5 Minuten. Darauf wird unter Belassen der Kathode hinten am Halse eine längliche 50—60 qcm große, biegsame Elektrode auf den unteren Rand der Rippen einige Zentimeter vom Proc. ensiformis entfernt aufgesetzt und ein Strom wie oben beschrieben durchgelassen. Manchmal wird noch eine labile Galvanisation des Rückens hinzugefügt, weil beim Befinden der Kathode auf der Hinterfläche des Halses beim Aufsetzen der anderen Elektrode auf den Rücken ein Hustenstoß ausgelöst wird.

Zur Erklärung der Wirkung nimmt S. eine Reizung des in der Medulla oblongata liegenden Hustenzentrums an, wozu vielleicht noch eine Reizung des N. vagus und laryngeus sup. am Halse kommt. Nebenher kann auch eine chemische Reizung der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut und somit reflektorisch der Hustenstoß zustande kommen.

Silberberg (Breslau).

---

5) **Jurewitsch.** Über Lymphangitis pulmonalis und deren Beziehung zum sog. idiopathischen Empyem. (Aus dem Dr. Senckenberg'schen pathologisch-anatomischen Institut in Frankfurt a. M.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 11.)

Die von Weigert beschriebene Lymphangitis pulmonalis ist im Institut dieses Forschers Gegenstand der mikroskopischen Untersuchung J.'s gewesen, der in den Lymphgefäßen der Lunge neben Schädigung ihrer Wand (Zerstörung des Endothels) Anhäufung von Streptokokken, Fibrin und große Mengen von polynukleären Leukocyten nachweisen konnte. Aus diesen Befunden und weiteren Beobachtungen, daß durch Hineingelangen solchen infektiösen Inhaltes

der Lungenlymphgefäße in die Pleura letztere infiziert wird, zieht J. den Schluß, daß eine Anzahl idiopathischer Empyeme durch eine primäre Lymphangitis pulmonalis hervorgerufen werde.

Kramer (Glogau).

---

6) R. Grégoire. Les polypes de l'urèthre chez la femme. Leur nature; leur origin.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1904. Nr. 5.)

Vom Blasenhalse bis zur äußeren Mündung kann die weibliche Harnröhre Sitz von gutartigen Geschwülsten sein. Fast ausnahmslos handelt es sich um polypöse Wucherungen, die am Ausgange sitzen und dem Auge zugänglich sind. Selten sitzen die Polypen weiter hinten in der Harnröhre, dann gewöhnlich an der unteren Wand, nur mittels Endoskops nachweisbar; häufig entgehen sie der Untersuchung überhaupt. Die Polypen kommen ein- oder mehrfach vor, von verschiedener Größe usw. Ihre Hauptsymptome bestehen in Schmerzen, Blasenreizung, Blutungen. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um papillomatöse Wucherungen mit sehr reichlichen Gefäßen: angiomatöse Papillome. Fast regelmäßig nehmen sie an den periodischen Kongestivzuständen der weiblichen Geschlechtsorgane teil.

Paul Wagner (Leipzig).

---

7) J. Englisch. Über eingelagerte und eingesackte Steine der Harnröhre.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 3.)

E. bespricht die Harnröhrensteine, welche vor der Vorsteherdrüse getroffen werden. Sie zerfallen in die eingelagerten und in die Divertikelsteine. Man hat sie schon direkt nach der Geburt beobachtet, am häufigsten zwischen dem 11. und 15. Jahre. Meist sitzen sie am häutigen Teile der Harnröhre, weil hier die sekundären Vorgänge sich sehr oft mit normalen Engen verbinden. Der Abstammung nach sind die Steine Nieren- oder Blasensteine oder selbständige Ausscheidungen der Harnsalze um organische Gebilde. Ein Aufhalten derselben wird bedingt durch normale Engen an bestimmten Teilen der Harnröhre, normale Erweiterungen der letzteren, endlich pathologische Verengerungen und Erweiterungen der Harnröhre. Sie veranlassen ein Gefühl des Einkeilens eines Fremdkörpers, das Gefühl desselben an sich, die Empfindung der Schwere oft ohne Harnstörung bei kleinen, nicht fest eingeklemmten Steinen oder solchen, die außerhalb der Urethra liegen. Erst später folgen Harnbeschwerden. Manchmal kommt es zu plötzlicher Harnverhaltung ohne vorausgegangene Beschwerden. An der Stelle, wo der Stein liegt, konstatiert man Härte und Druckempfindlichkeit, auch kommen entzündliche Schwellungen der Haut vor, welche zu Phlegmone und Gangrän führen können. Ausgedehnte Geschwülste finden sich bei Harninfiltration. Brechen Abszesse, welche sich bei dieser entwickeln,

auf, so liegt die Fistelöffnung gewöhnlich hinter dem Steine. Man hat zwischen wahren und falschen Divertikeln und ebenso zwischen wahren und falschen Divertikelsteinen zu unterscheiden. Die Art der Harnstörungen hängt von verschiedenen Ursachen ab: Größe, Form und Verschieblichkeit des Fremdkörpers, Weite der Harnröhre. Blutungen sind im Gegensatze zu Blasensteinen selten, starke Erektionen häufig. Die Zeugungsfähigkeit kann erhalten sein. Wichtig sind Störungen der Niere, event. Urämie.

Eingehend beschäftigt sich Verf. mit dem Begriffe des angeborenen und erworbenen Harnröhrendivertikels. Die Ansichten über die Zugehörigkeit zu einer dieser beiden Unterabteilungen sind bisher noch ziemlich verworren. Das Verhältnis der primären zu den sekundären Taschen wird auf 10 : 22 angegeben. Die Zahl der Steine kann eine sehr verschiedene sein. Je mehr es deren sind, desto kleiner pflegen die einzelnen zu sein. Die Form derselben ändert sich um so mehr, je länger sie in der Harnröhre liegen. Eine besondere Gestaltung erhalten sie durch Bildung von Rinnen und Kanälen durch den abfließenden Harn. Die Mehrzahl dieser Fremdkörper stammt aus der Blase, doch können sich Steine auch in der Harnröhre selbst um Schleim-, Blut und Eiterklumpen herum entwickeln, wenn diese einigermaßen derb sind und sich Harnsalze darum niederschlagen. Die Diagnose eines Harnröhrensteines wird meist durch Tastung und Sondenuntersuchung gestellt werden können.

Für die Behandlung resp. Entfernung der Steine sind zahlreiche Mittel angegeben worden: Man hat zur Erleichterung des spontanen Austrittes Öl oder Wasser eingespritzt, Luft eingeblasen, den Harn sich ansammeln lassen, um einen energischen Harnstrahl zu erzeugen, man hat Bougies eingeführt oder den Stein ausgepreßt. Andererseits hat man die Extraktion mit Zangen, Löffeln und Schlingen herbeigeführt oder an Ort und Stelle die Lithotripsie vorgenommen. Die weitaus häufigste Operation ist jedoch der Einschnitt auf den Fremdkörper.

Der Arbeit ist ein sehr umfangreiches Literaturverzeichnis beigefügt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

8) **M. Fischer** (Bonn). Über den Gebrauch von Methylenblau zur Diagnose der Erkrankungen der Harnwege.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 14.)

F. gibt Methylenblau in einer Dosis bis 0,5 g ca. 2 Stunden vor der Vornahme der Cystoskopie und spült vor letzterer mit Kochsalzlösung die Blase aus, um den bereits gefärbten Urin zu entfernen. Bei der Untersuchung lassen sich die blaugefärbten Harn ausstoßenden Harnleitermündungen leicht auffinden. Auch Unebenheiten der Blaseninnenwand treten, den Farbstoff besonders gut festhaltend, deutlich hervor. — Ebenso kann der Ursprung von Fisteln in der Lenden- und Leistengegend, die mit der Niere in Zusammenhang

stehen, durch vorherige Methylendarreichung leicht festgestellt, können Blasenscheidenfisteln auf diese Weise sichtbar gemacht werden.

Kramer (Glogau).

---

9) **W. Karo.** Zur Frage der funktionellen Nierendiagnostik.

(Monatsberichte für Urologie Bd. IX. Hft. 1.)

Polemik eines Schülers von Casper gegen die von Goebell (Münchener med. Wochenschrift 1903 Nr. 46) an der funktionellen Nierendiagnostik nach Casper und Richter geübte Kritik, sowie besonders gegen die Vorschläge von Voelker und Joseph aus der Heidelberger chirurgischen Klinik, welche aus den im Cystoskop sichtbaren Veränderungen des Harnwirbels nach subkutaner Injektion von Indigokarmin Schlüsse auf die Funktion der Nieren ziehen zu können glauben.

Willi Hirt (Breslau).

---

10) **Engelmann.** Beiträge zur Lehre von dem osmotischen Druck und der elektrischen Leitfähigkeit der Körperflüssigkeiten.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 2 u. 3.)

Auf Grund einer sehr großen Reihe von Untersuchungen, die E. im Laboratorium der chirurgischen Abteilung des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses angestellt, kommt er zu folgenden Resultaten:

Der Blutgefrierpunkt des gesunden Menschen bewegt sich in gewissen Grenzen, die durch die Zahlen —0,55° und —0,58° bezeichnet werden. Die Konzentration scheint Tagesschwankungen unterworfen zu sein.

Die Zunahme der Blutkonzentration über die Norm spricht für beginnende Niereninsuffizienz, d. h. für eine Erkrankung beider Nieren, falls nicht eine andere, mit schweren Zirkulationsstörungen verbundene Erkrankung oder eine vorgeschrittene Krebserkrankung vorliegt.

Sonstige Erkrankungen oder einseitige Nierenaffektionen verändern den Gefrierpunkt des Blutes nicht. Große Bauchgeschwülste haben in der Regel keinen Einfluß auf die Blutkonzentration. Die Niereninsuffizienz bedingt keine Erhöhung der elektrischen Leitfähigkeit des Blutserums.

Bei der Urämie findet man fast stets, bei chronischer Urämie immer eine meist beträchtliche Erhöhung der Blutkonzentration, während die Werte für die elektrische Leitfähigkeit die Norm nicht überschreiten.

Nach intravenöser Infusion einer hypisotonischen Kochsalzlösung kehrt der osmotische Druck des Blutes bereits innerhalb weniger Minuten zu der ursprünglichen Höhe zurück.

Bei Erkrankung einer Niere finden sich, auch schon im Beginne, wenn andere klinische Erscheinungen fehlen, Konzentrationsunterschiede des getrennt aufgefangenen Urins. Auch die Elektrolytkonzen-

tration zeigt entsprechende Veränderungen, die den Gefrierpunktswerten parallel gehen.

Haeckel (Stettin).

11) A. Pousson. Traitement chirurgical des néphrites médicales.

Paris, J.-B. Baillière & fils, 1904. 96 S.

Verf. gibt zunächst einen historischen Überblick über die bisherigen Bestrebungen, medizinische Nephritiden auf operativem Wege zu heilen.

Bei akuter Nephritis ist bisher in 37 Fällen operativ eingegriffen worden; 4 Operationen hat Verf. ausgeführt. 6 Kranke sind gestorben — 16,21%; 4 Todesfälle fallen der Operation direkt zur Last. Mit Ausnahme eines Falles sind die Überlebenden anscheinend vollkommen geheilt. Es handelte sich bei den bisherigen Beobachtungen wohl ausnahmslos um akute, infektiöse Nephritiden. Die operativen Eingriffe bestanden in ein- oder doppelseitiger Nephrotomie, event. mit Exzision der infizierten Partien; in der Nephrektomie und in der Dekapsulation. Die Operation der Wahl ist in diesen Fällen ohne Zweifel die Nephrotomie. Die chirurgische Behandlung der chronischen Nephritiden, der sog. Bright'schen Krankheit, richtet sich gegen heftige Schmerzen, schwere Blutungen oder urämische Zustände. Den 66 in der Literatur niedergelegten Beobachtungen fügt Verf. 13 eigene Operationen hinzu. Von diesen im ganzen 79 Operationen endeten 16 — 20,28% — innerhalb 10 bis 14 Tagen tödlich. Aber nur 11 Todesfälle können der Operation direkt zur Last gelegt werden, so daß die operative Mortalität auf 13,92% sinkt. Eine kritische Durchsicht der Endresultate ergibt auch bei den länger beobachteten Operierten eigentlich nur mehr oder weniger bedeutende Besserungen, aber keine wirklichen, anhaltenden Heilungen. Betreffs der 10 angeblichen Radikalheilungen Edebohls' muß erst weiteres abgewartet werden.

Was die Indikation zu den verschiedenen operativen Eingriffen bei chronischer Nephritis anbelangt, so möchte Verf. die Edebohls-sche Dekapsulation reserviert wissen »aux accidents du petit brightisme«. In allen den Fällen aber, wo es sich um renale Insuffizienz und beginnende Urämie handelt, kann nur die Nephrotomie mit kürzer oder länger dauernder Drainage des Nierenbeckens Hilfe bringen.

Paul Wagner (Leipzig).

12) O. Rumpler. Der gegenwärtige Stand der Lehre der chirurgischen Behandlung der Nierenentzündung.

Dissertation, Straßburg 1903.

Die Frage der operativen Behandlung der Nephritis ist noch nicht spruchreif. Die Ansichten der Autoren weichen sehr voneinander ab; selbst die Anhänger der Operation sind sich nicht einig darüber, welche Fälle von Nephritis überhaupt operativ zu behandeln sind

und welche Art der Operation einzuschlagen ist. Bei kritischer Betrachtung der Fälle, die bisher operiert wurden, kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß dieselben vielfach große Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde der Nephritis zeigen. Die bisherigen Erfahrungen beweisen nur, daß man durch operatives Vorgehen bei Nephritis manche Symptome zum Schwinden bringen kann, die Durchtrennung von Verwachsungen gar nicht mitgerechnet, wo die günstige Wirkung schließlich selbstverständlich ist. Nur in einem Punkte sind sämtliche Autoren einig, nämlich, daß in allen Fällen von gefahrdrohender Anurie, wo die interne Behandlung nicht mehr ausreicht, operativ vorzugehen sei durch Spaltung der Nierenkapsel oder des Nierengewebes, dies um so mehr, als einzelne Erfahrungen dafür zu sprechen scheinen, daß die einseitige Nephrotomie durch Herbeiführung der Diurese auch die andere Niere günstig beeinflussen kann. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

13) **Asakura.** Experimentelle Untersuchungen über die Decapsulatio renum.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 5.)

Um zu sehen, ob die Enthülsung der Nieren neue Kollateralbahnen für die Niere schafft, und was dabei für Erscheinungen zu beobachten sind, experimentierte A. an Kaninchen und Hunden. Nach seiner Angabe ließ sich die Fettkapsel leicht von der Capsula propria trennen und letztere exstirpieren.

In einer ersten Versuchsreihe (zehn Kaninchen und vier Hunde) konstatierte A., daß eine Gefäßneubildung zwischen enthülster Niere und Umgebung erfolgt. Auf die Nierensubstanz selbst übt der Eingriff keinen schädigenden Einfluß aus.

In einer zweiten Versuchsreihe untersuchte er, inwieweit die Nierenenthülsung von Wirkung auf entzündliche Prozesse in den Nieren ist. Er injizierte zu diesem Zweck in die Blutbahn eine Aufschwemmung von Staphylokokkus pyogenes aureus und erzeugte so eine akute eitrige Nephritis. 1, 2, 3 oder 5 Tage danach wurde die Enthülsung der Nieren ausgeführt. Sämtliche Tiere gingen nach einigen Tagen zugrunde. Weder eine schädliche, noch eine günstige Wirkung des Eingriffes auf derartig erzeugte eitrige Prozesse der Niere ließ sich feststellen.

In einer dritten Versuchsreihe wurde erst die Nierenenthülsung ausgeführt und einige Wochen danach in genannter Weise eine akute eitrige Nephritis erzeugt. Die enthülsten Nieren zeigten etwas geringere Veränderungen als die Nieren nicht operierter Kontrolltiere; auch blieben die vorher operierten Tiere etwas länger am Leben als die Kontrolltiere.

Obwohl es nicht möglich ist, die Niere der Kontrolltiere in einen chronischen Entzündungszustand zu versetzen, sprechen doch

A.'s Versuche dafür, daß wohl auch beim Menschen die Nierenentkapselung Kollateralbahnen für die Niere schafft.

Haeckel (Stettin).

---

14) **Stursberg.** Experimentelle Untersuchungen über die zur Heilung chronischer Nephritiden von Edebohls vorgeschlagene »Nierenentkapselung«.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 5.)

Bei seinen Versuchen, Nephritiden durch chirurgische Eingriffe günstig zu beeinflussen, ging Edebohls von der Ansicht aus, daß nach Exstirpation der Capsula propria der Niere zwischen dieser und dem umgebenden Fettgewebe eine Neubildung von Gefäßen auftrete, deren Blutstrom nach der Niere hin gerichtet sei. Durch diese arterielle Hyperämie werde eine Aufsaugung der Entzündungsprodukte ermöglicht, die Tubuli und Glomeruli würden vom äußeren Drucke befreit, eine normale Zirkulation komme wieder zustande. S. hat nun diese Voraussetzung auf ihre Richtigkeit durch Experimente an Kaninchen und Hunden geprüft. Zunächst fand er, daß sich die Trennung der Capsula propria von der Fettkapsel wegen der Zartheit und des geringen Fettgehaltes der letzteren nicht ausführen ließ; ein völlig der Edebohls'schen Entkapselung analoger Eingriff war also nicht möglich. Nach der Entfernung der ganzen Nierenumhüllung aber traten nur sehr unbedeutende Verwachsungen mit der Umgebung ein. S. kam daher schließlich auf folgende Methode: Die Kapsel wurde auf der Mitte der dorsalen Fläche von Pol zu Pol gespalten und einerseits bis zum Hilus, andererseits bis zur vorderen Fläche hin abgelöst; der mediane Teil wurde exzidiert, der laterale mit dem lateralen Wundrande vernäht. Bei den so operierten Tieren wurden nun reichlich Gefäßverbindungen zwischen der Niere und der Umgebung gebildet, die erheblich genug zur Ausübung eines wesentlichen Einflusses auf die Durchblutung der Niere zu sein schienen. Es wurden sowohl solche Gefäße gebildet, die ihren Strom nach der Niere hin richteten, als auch solche, welche von der Nierenrinde nach außen führten. Es ist also einmal eine vermehrte Blutzufuhr zur Niere, als auch eine verbesserte Blutabfuhr dadurch möglich. Diese Resultate sprechen also theoretisch für die Wirksamkeit der Edebohls'schen Nierenenthülsung.

Der naheliegende Gedanke, bei Tieren erst eine chronische Nephritis zu erzeugen und dann die Wirkung der Operation zu studieren, war nicht ausführbar, da sich bei den Versuchstieren chronische Nephritiden, die einige Ähnlichkeit mit den beim Menschen vorkommenden haben, nicht erzeugen lassen. Wurden die Nieren durch Chromsäure in einen chronischen Reizzustand versetzt; so war davon ein wesentlicher Einfluß auf die Bildung von Verwachsungen usw. nicht zu konstatieren.

Haeckel (Stettin).

---

15) **P. Delbet.** Kystes paranéphriques et uronéphroses traumatiques.

(Revue de chir. 23. ann. Nr. 7—10 u. 12.)

In der umfangreichen und interessanten Arbeit stellt sich D. die Aufgabe, in das Wesen der traumatischen Hydronephrose und der perinephritischen Ergüsse volle Klarheit zu bringen. Dieses Ziel hat er durch eingehende Kritik an den Fällen der Literatur, eigene Beobachtungen und Tierversuche zu erreichen gewußt. Uns interessiert weniger die Kasuistik des Verf. — zwei Ergüsse und eine traumatische Hydronephrose aus der Klinik von le Dentu —, als seine pathogenetischen Darlegungen, die Abgrenzung der pathologischen Merkmale und die Diagnose der beiden Cystenbildungen, welche durch Quetschung und Zerreißung von Niere und Nierenbecken bezw. Harnleiter entstehen können.

Unter »Kyste paranéphrique« versteht D. durch Trauma bedingte Ergüsse, die außerhalb von Niere und Nierenbecken — mitunter nicht mehr nachweisbar mit letzteren beiden kommunizierend — das Organ umspülen, nach hinten verdrängen und aus einer spärlich eiterhaltigen, urinähnlichen Flüssigkeit zusammengesetzt sind. Blut kann in sichtbaren Spuren beigemischt sein. Die oft derbe Hülle hat sich auf Kosten der Fettkapsel entwickelt. Sie kommen eher bei jugendlichen Individuen, vor allem nach schweren Quetschungen — Überfahren — zustande, entwickeln sich schnell, in wenigen Wochen, meist zu bedeutender Größe, so daß die ganze Flanke vom Rippenbogen bis zur Beckenschaufel, bis an die Mittellinie heranreichend, eingenommen sein kann.

Aus 33 Fällen traumatischer Sackbildungen der Literatur schält D. 13 paranephritische Ergüsse heraus gegenüber 13 echten traumatischen Hydronephrosen, deren charakteristische Eigenschaften in der sackartigen Erweiterung des Nierenbeckens meist auf Kosten des Organes selbst, einer initialen, nicht konstanten Hämaturie im Anschluß an die Quetschung, schmerzhafter, event. fieberloser, sehr schleichender Entwicklung zu mittleren Größen zu suchen sind.

Zur Klarstellung des Entstehungsmechanismus der beiden Cystenbildungen hat D. in einer Reihe von Tierversuchen folgendes ermittelt: Weder die Nierenverletzung und die sich anschließende Blutung in die Umgebung, noch Zerreißung des Nierenbeckens und Harnleiters mit nachfolgendem Aussickern des kaum unter Druck stehenden Urins vermögen einen paranephritischen Erguß mit Neigung zur Ausbreitung zu erzeugen: beide Flüssigkeiten werden schnell resorbiert. In allen Fällen muß eine — wenn auch leichte — Infektion hinzutreten, die sowohl die primäre Vereinigung der Becken-(Harnleiter-)wunde vereitelt, als auch die Fettkapsel einschmilzt. So erklärt sich auch der fieberhafte Verlauf, die Anwesenheit von Eiter oder doch zahlreicher Leukocyten, die Allgemeinerscheinungen der Infektion, das Vorhandensein buchtiger Hohlräume.

Die Entstehung der traumatischen Hydronephrose hat zur Grundbedingung Harnleiterverschluß. Hierzu kann das Trauma führen durch Verlegung der Lichtung mit Blutgerinnseln (Hämaturie), quere Durchtrennung mit nachfolgendem Verschluß der Lichtung durch Granulationen, sowie endlich durch komprimierende Narben und knickende Verwachsungen.

Die Diagnose hat zunächst das Alter der Pat., die Entwicklungsdauer der Geschwulst, ihre Größe und Form ins Auge zu fassen, ferner deren Konsistenz, die Temperatur, den Ernährungszustand der Pat.

Bezüglich der Behandlung führt D. eine Reihe von Beobachtungen an, wo die bloße Punktion und Aspiration des Ergusses zur Heilung führte. Meist jedoch ließ sie, auch mehrfach wiederholt, im Stiche. Weit sicherer in ihren Erfolgen sind die Inzision paranephritischer Ergüsse, event. mit nachfolgender Nephrektomie, wenn sich die Fistel nicht schließt; oder bei Behandlung der Hydronephrose die modernen vervollkommneten Eingriffe, die auf Verkleinerung des erweiterten Beckens, bessere Abflußbedingungen und Erhaltung des Organes hinzielen — falls sich dieselbe verlohnt.

Christel (Metz).

---

16) **J. Vanverts.** La torsion du cordon spermatique (Bistournage spontané).

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1904. Nr. 6.)

Die Torsion des Samenstranges, die sog. »Bistournage«, wird schon seit langer Zeit an Stelle der Kastration bei Tieren vorgenommen. Diese Torsion kann beim Menschen spontan eintreten und schwere Zufälle veranlassen. Die erste Beobachtung hierüber datiert von 1840; bis Anfang 1903 konnte Verf. 44 Fälle aus der Literatur zusammenstellen, einschließlich einer eigenen Beobachtung. Die Torsion des Samenstranges ist rechts und links fast gleich häufig beobachtet worden. In der Hälfte der Fälle liegt der Hode im Hodensack, aber oft mit der Neigung nach oben zu weichen; in der anderen Hälfte der Fälle besteht eine Ectopia inguinalis. Die Torsion sitzt gewöhnlich am Ursprunge des Samenstranges, geht von rechts nach links und von oben nach unten. Von einer halben Drehung bis zu drei vollkommenen Windungen sind beobachtet worden, Hoden und Nebenhoden sind durch Kongestionshyperämie vergrößert, dunkelblaurot gefärbt; sehr rasch kommt es zu intrakanalikulären und interstitiellen Blutungen. Sind schon mehrfach Torsionen vorhergegangen, so können Hoden und Nebenhoden atrophisch sein. In der Tunica vaginalis befindet sich fast stets blutige Flüssigkeit oder reines flüssiges oder geronnenes Blut. In $^1/_4$ der Fälle kommt es spontan zu einer Detorsion; sie tritt dann meist schon nach wenigen Stunden ein. Die Hoden- und Nebenhodenveränderungen haben dann das Stadium der Kongestion noch nicht überschritten; vollkommene Heilung ist die Regel. Öfters wiederholen sich dann der-

artige Anfälle von leichter Torsion. Geht diese nicht zurück, so kommt es rasch zu aseptischer Gangrän von Hoden und Nebenhoden, ohne daß dadurch, Ausnahmefälle abgerechnet, weitere Störungen hervorgerufen werden. Die Therapie richtet sich in der Hauptsache danach, ob die Samenstrangtorsion einen ektopischen oder einen im Hodensack befindlichen Hoden betrifft. Im ersteren Falle kann ein Versuch mit der blutigen Detorsion gemacht werden, vorausgesetzt, daß die Torsion noch nicht länger als 24 Stunden gedauert hat; sonst bleibt nichts übrig als die Kastration. Betrifft die Samenstrangtorsion einen normal gelagerten Hoden, so kann man innerhalb der ersten Stunden versuchen, die Torsion durch äußere Maßnahmen zu lösen, wenn dies nicht gelingt, durch blutige Detorsion. Ist die Torsion schon älteren Datums, so enthält man sich entweder jeden Eingriffes oder macht die Kastration. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

17) **Bogoljuboff.** Experimentelle Untersuchung über die Anastomosenbildung an den ableitenden Samenwegen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 3.)

Verf. publiziert neue Versuche über die Anastomosenoperation an Versuchstieren, welchen nach Rasumowsky entweder die ganze Epididymis reseziert und dann das Vas deferens in den Hoden eingenäht oder die untere Hälfte des Nebenhodens entfernt und nun das Vas deferens in die obere Hälfte des letzteren eingenäht wurde. Nach der Heilung gelang es in den meisten Fällen beim Pferde, Hammel und Hunde vom Vas deferens aus die Hodenkanälchen zu injizieren. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Lichtung des Samenleiters mit der der Hodenkanälchen und den Kanälchen des Nebenhodens in Verbindung tritt. Als die zweckmäßigste Methode der Anastomosenbildung erscheint nach den Experimenten die Verbindung zwischen dem Samenleiter und dem Kopf oder dem oberen Teile des Nebenhodenkörpers. In einer Reihe von Fällen erwies sich die Anastomose für Spermatozoen durchgängig. Verf. glaubt, daß sich im Hinblick auf die erhaltenen Resultate die Aussicht eröffnet, in Zukunft die sog. Epididymo-vasostomia bei verschiedenen zu Azoospermie führenden Erkrankungen des Nebenhodens beim Menschen anwenden zu können.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

18) 71. Jahresversammlung der British med. association zu Swansea. 28.—31. Juli. (Schluß.)

Sektion für Chirurgie.

(Brit. med. journ. 1903. Oktober 10. u. 17.)

Sinclair White: Two cases of ascites secondary to alcoholic hepatitis treated successfully by operation.

W. teilt zwei Fälle von Talma'scher Operation bei zwei Frauen im Alter

von 38 bezw. 34 Jahren mit. Beide Kranke befinden sich 2 Jahre nach der Operation wohl und sind anscheinend völlig gesund. W. bespricht die Erfahrungen, die bisher mit der Operation gemacht sind und kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die Lebercirrhose ist keineswegs immer eine völlig hoffnungslose Erkrankung. 2) Der Ascites kann in einem beträchtlichen Prozentsatz der Fälle zum Schwinden gebracht werden. 3) Die Operation nach Talma führt nicht allein zur Heilung des Ascites, sondern auch zu einer teilweisen Regeneration der Leberzellen. 4) Punktion allein führt manchmal auch zur Resorption des Ascites und sollte deshalb immer zuerst versucht werden. 5) Die Talma'sche Operation ist gefährlich und sollte nur bei ausgewählten Fällen in Anwendung kommen. 6) Die Erkrankung selbst nimmt in den einzelnen Fällen einen verschiedenen Verlauf, je nachdem das Gift hauptsächlich die Leberzellen schädigt, wobei der Kranke unrettbar verloren erscheint, oder eine Wucherung des Bindegewebes und dadurch einen Druck auf die Pfortader verursacht.

William Sheen: Notes of a case of operative treatment for cirrhoses of the liver.

Ein 53jähriger Mann kam im Stadium äußerster Schwäche, bei sehr starkem Ascites zur Operation. Das verdickte Netz fand sich durch zahlreiche Verwachsungen mit der Bauchwand verlötet. Nach der Operation erholte sich Pat. allmählich und befand sich 4 Monate später völlig wohl. Der Fall zeigt, daß selbst in vorgeschrittenen Fällen mit der Operation oft noch ein gutes Resultat zu erzielen, andererseits, daß die Natur sich selbst in dem Sinne zu helfen sucht, wie er durch die Operation erstrebt wird.

Henry Betham 'Robinson: Separation of the acetabular epiphysis of the femur.

R. teilt zwei diesbezügliche Krankengeschichten mit.

I. 13jähriger Junge fiel auf die linke Hüftgegend. 3 Monate später fing er an zu hinken, und zeitweilig traten Schmerzen auf. Ca. 12 Monate nach dem ersten Fall glitt er abermals aus und konnte sich nicht mehr erheben. Bei der Aufnahme bestand leichte Adduktion und Außenrotation des linken Oberschenkels, Trochanter major prominent und $1^1/_2$ cm oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie. Willkürliche Außenrotation sehr wohl ausführbar, Innenrotation dagegen sehr beschränkt, ebenso die Abduktion. Eine leichte Beugung innerhalb des Hüftgelenkes möglich. Die linke Beckenhälfte war leicht gesenkt, daneben bestand eine geringe Verbiegung der Wirbelsäule. Die Röntgenaufnahme ergab eine Epiphysenlösung. Die Therapie bestand in der Entfernung des Kopfes. Die Heilung erfolgte glatt, die Beweglichkeit des Gelenkes besserte sich innerhalb der nächsten Monate, auch deutete nichts darauf, daß der Oberschenkel sich nach oben dislozierte; doch hält R. die seit der Operation verstrichene Zeit — 6 Monate — für zu kurz zur Feststellung des Endresultates.

II. 17jähriger Junge bemerkte eines Morgens, daß er nicht mehr so fest auftreten konnte wie früher und fing an zu hinken. Nach 3 Monaten fiel er, konnte sich nicht erheben. Bei der darauffolgenden ersten Untersuchung stand der Trochanter in normaler Lage. Es bestand eine beträchtliche Rigidität der Hüftmuskulatur, die Flexion war stark beeinträchtigt, in Narkose waren sämtliche Bewegungen vollkommen frei. Anfänglich ging dann der Kranke an Krücken, doch besserte sich der Zustand immer mehr. Nur blieb eine ausgesprochene Außenrotation des Oberschenkels. Eine Skiaskopie ergab Epiphysenlösung. Bei der operativen Eröffnung des Hüftgelenkes zeigte sich, daß der Schenkel nach oben hinten disloziert war; deshalb wurde der Kopf mit ziemlichen Schwierigkeiten entfernt. Die Wunde heilte glatt. Danach stand das Bein später noch in leichter Außenrotation und war leicht verkürzt, der Gang aber war nicht wesentlich beeinträchtigt.

Im Anschluß an diese beiden Fälle werden noch vier weitere mitgeteilt, welche ähnliche Erscheinungen aufwiesen, wo indessen die Diagnose nicht durch Röntgenbild oder Operation erhärtet wurde.

R. bespricht die Diagnose der Epiphysenlösung am Femurkopf: Trauma vielfach leichter Natur, nach welchem der Kranke anfängt zu hinken, Prominenz und Hochstand des Trochanter, Auswärtsrotation des Beines, Beschränkung der Abduktion und Flexion und nahezu völlige Einbuße der Einwärtsrotation. Die gewöhnlich erhaltene Glutaealfalte in ihrem lateralen Teile nach oben gebogen.

R. verweist auf die Beziehung der in Rede stehenden Verletzung zur Coxa vara. Therapeutisch wäre, wenn die Verletzung sofort in Behandlung käme, zu versuchen, die Fragmente durch forcierte Abduktion und Innenrotation des Beines in Kontakt zu bringen und Becken und Bein in dieser Stellung zu fixieren.

R. W. Murray: Ultimate results in a series of 88 cases of fracture of the tibia and fibula.

M. weist darauf hin, daß in letzter Zeit sich die Stimmen mehren, welche mit den Resultaten der Behandlung der Frakturen, namentlich derjenigen der unteren Extremität, nicht zufrieden sind. Die vorgeschlagenen Wege, bessere Resultate zu erzielen, gehen allerdings weit auseinander. Massage, Tenotomie und direkte Knochennaht werden empfohlen. Er selbst berichtet über 88 Fälle von unkomplizierten Unterschenkelfrakturen, meist bei Hafenarbeitern. Von größtem Einfluß ist der Verlauf der Bruchlinie. Bei Querbrüchen wurde das Glied stets völlig gebrauchsfähig, und zwar durchschnittlich in $3^1/_2$—4 Monaten, während bei Schrägbrüchen bis dahin durchschnittlich $7^1/_2$ Monate vergingen. Dabei klagten eine ganze Reihe von ihnen über Schmerzen und Schwäche in dem verletzten Beine. Zur Behandlung der Unterschenkelbrüche will M. eine Schiene angewendet wissen, deren Fußteil eine Neigung von ca. 70° nach außen und ebenso nach vorn hat, die angeblich eine bessere Apposition der Fragmente erzielt. Bei manchen Frakturen aber ist eine korrekte Lage der Fragmente nicht zu erzielen, wegen Blutung in die umgebenden Weichteile mit nachfolgender Entzündung derselben und Anspießung der Muskulatur und der Fascie durch die scharfen Bruchenden.

Ein operativer Eingriff sei bei den Brüchen der oberen $^2/_3$ kaum jemals erforderlich, auch von den Schräg- und Spiralbrüchen des unteren könnten $^2/_3$ exakt reponiert werden, und nur bei dem Rest sei die Operation in Erwägung zu ziehen, dann aber auch möglichst schnell zur Ausführung zu bringen.

M. bespricht dann noch eingehender die Abduktionsfrakturen der Knöchel, deren er 31 beobachtet hat, und deren Prognose er ernster ansieht, als diejenigen einer Tibiafraktur. Meist wird das Glied wieder gebrauchsfähig, doch waren in sieben Fällen die Leute nicht imstande, ihre frühere Beschäftigung wieder aufzunehmen. Die Durchschnittsdauer bis zur völligen Wiederherstellung betrug 5 Monate. Röntgenaufnahmen haben gezeigt, daß meist eine leichte Dislokation des Fußes nach hinten und außen bestehen bleibt, weshalb M. die Verwendung seiner Schiene auch bei diesen Frakturen für vorteilhaft hält, da bei vertikaler Stellung des Fußes durch die Anspannung der Achillessehne die Deviation verstärkt wird.

Diskussion: Betham Robinson empfiehlt ausgedehnteren Gebrauch der Gipsgehverbände.

R. Harrison empfiehlt bei erschwerter Reposition der Fragmente die Tenotomie der Achillessehne. Spätere Nachteile hat er davon nicht gesehen, wohl aber hat die Operation die Reposition und die Retention erleichtert.

C. P. Childe kann sich mit der von Murray angegebenen Schiene nicht einverstanden erklären. Da die Muskulatur des Unterschenkels teilweise dem Oberschenkel entspringe, sei das Kniegelenk ebenfalls festzustellen.

Tubby erklärt, das wichtigste an den Ausführungen Murray's sei, daß die Frakturen oft eine exzessiv lange Zeit zur völligen Heilung gebrauchten. Bei erschwerter Reposition empfiehlt T. die Naht. Das Risiko der Operation werde durch die frühere Arbeitsfähigkeit wieder aufgehoben.

R. H. Whitelocke legt größten Wert auf die Interposition von Weichteilen, welche bei den Schrägbrüchen häufig vorkommen. Zur Behebung dieses Zustandes sei ein operatives Vorgehen am Platze.

Jordan Lloyd ist der Ansicht, daß die großen Fortschritte der Chirurgie, namentlich derjenigen der Bauchhöhle, die Aufmerksamkeit von dem Gebiete der Frakturen abgelenkt habe, und daß es ihn gar nicht wundern würde, zu hören, daß die Resultate der Frakturbehandlung zurzeit schlechter seien, als vor einer Reihe von Jahren.

Alfred Sheen empfiehlt den Gipsverband als die beste Methode der Frakturbehandlung.

Murray empfiehlt nochmals seine Schiene und betont, daß auch er in einer großen Anzahl von Schrägbrüchen des Unterschenkels die Operation für indiziert halte.

P. J. Freyer: A further series of 32 cases of total exstirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ.

F. hat die Totalexstirpation der Prostata vom hohen Blasenschnitt aus bisher 51mal ausgeführt bei Kranken, deren Alter zwischen 51 und 81 Jahren schwankte. Bei 46 Kranken wurde ein voller Erfolg erzielt, die Pat. erhielten wieder die Fähigkeit, ihren Urin in normaler Weise zu entleeren. Striktur oder Fistelbildung kamen in keinem Falle zur Beobachung. Die Blutung während der Operation war niemals Besorgnis erregend und in keinem Falle kam es zu irgendwelchen septischen Prozessen. F. glaubt, daß dabei eine gewisse Immunität eine Rolle spielt, welche durch die fortdauernde Resorption von Toxinen aus dem septischen Urin erworben ist. — 5 Operierte gingen zugrunde, 2 an Manie, 1 an Hitzschlag, 1 im Koma und 1 an Pneumonie. — F. teilt einige einschlägige Krankengeschichten mit und bringt die Abbildungen verschiedener Präparate. Aus den Operationsgeschichten geht hervor, daß bei genügender Technik die Operation sich sehr schnell ausführen läßt. In einem Falle konnte die Prostata innerhalb 5 Minuten, vom ersten Schnitt ab gerechnet, entfernt werden.

Diskussion: R. Harrison schätzt die Heilungsdauer bei der suprapubischen Methode auf 5 Wochen. Er teilt einen Fall mit, welcher noch durch Steinbildung kompliziert war und bei welchem, um günstigere Verhältnisse zu schaffen, der Urin längere Zeit hindurch durch eine Perinealfistel abgeleitet worden war. Des weiteren wird ein Fall mitgeteilt, in welchem die Prostata vom Damm aus mittels Seitenschnittes entfernt wurde. H. empfiehlt die Sectio lateralis sowohl für die Prostatektomie wie für die Extraktion der Blasensteine.

C. Leach ist von der Freyer'schen Operation befriedigt.

Mitchell hält den oberen Weg für einfacher als den perinealen.

Herring ist der Meinung, daß trotz der guten Resultate viele Kranke sich nicht zur Operation entschließen, daß die Operation meist auch nur erforderlich wird durch die septische Infektion der Blase. Der Kranke muß deshalb von vornherein so gezogen werden, daß die Blaseninfektion verhütet wird. Ist die Infektion trotzdem eingetreten, dann ist dieselbe zu bekämpfen, und H. glaubt, daß jede Cystitis bedeutend gebessert, wenn nicht geheilt werden kann. Er weist darauf hin, daß das Risiko, solch alte, heruntergekommene Leute zu operieren, doch sehr groß ist, der Gewinn an Lebensdauer dagegen nur gering. Er will nur solche Fälle operiert wissen, bei welchen alle anderen Versuche, eine Besserung zu erzielen, fehlgeschlagen sind.

Jordan Lloyd hat verschiedentlich beobachtet, daß das Orificium internum der Harnröhre verengert und dabei die Prostata eher kleiner war als normal. Einzelne Fälle seien besser vom hohen, andere vom perinealen Schnitt aus zugänglich zu machen.

Betham Robinson fragt an, ob die Fascia recto-vesicales mit entfernt wird.

Sinclair White hat einigemal eine Infektion der Wunde erlebt.

Freyer erwidert, daß in einigen Fällen eine dünne Schicht der Fascia recto-vesicalis entfernt werde. Die Fälle, auf die Lloyd angespielt hat, hält F. noch nicht für aufgeklärt. In einigen Fällen könnte sicherlich keine Besserung durch die Operation erzielt werden. Zu einer Klassifikation der Fälle hält F. sich noch nicht berechtigt, da die Erfahrungen doch noch zu gering sind.

A. H. Tubby: On a method of treating by operation paralysis of the upper root of the brachial plexus (Erb-Duchenne type).

In zwei Fällen dieser Erkrankung hat T. die Beugungsfähigkeit des Vorderarmes dadurch wieder hergestellt, daß er den äußeren Bauch des Triceps ablöste und dessen Sehne auf die Reste des Biceps überpflanzte. Die Flexion stellte sich in 5—6 Wochen her.

Um die Lähmung des M. deltoides auszugleichen, führte T. folgende Operation aus: Schnitt von der Mitte des Schlüsselbeines lateralwärts bis zur Spitze des Acromion, dann 7 cm nach unten. Zweiter Schnitt ca. 5 cm lang von der Spitze des Acromion nach aufwärts, entlang dem vorderen Rande des Cucullaris. Die Hautlappen werden zurückpräpariert. Der Ansatz der Clavicularportion des M. pectoralis major wird vom Humerus abgelöst und die betreffende Muskelportion bis zu ihrem Ursprunge frei gemacht. Sodann wird die Insertion des Cucullaris an das Schlüsselbein abgelöst, die Trennung dieser Portion wird noch eine Strecke weit parallel den Muskelfasern fortgesetzt. Die Clavicularportion des M. pectoralis major wird dann nach oben geschlagen und so fixiert, daß sie auf die Spitze des Acromion zu liegen kommt. Auf den oberen Teil dieser überpflanzten Pectoralispartie wird der abgelöste Teil des Cucullaris vernäht. Wenn die Sehne des so gebildeten Muskels lang genug ist, kann sie sofort mit dem M. deltoides vernäht werden. Im anderen Fall empfiehlt es sich, durch die Reste des Deltoides hindurchzugehen und einen breiten Lappen aus dem Periost des Humerus zu bilden und mit diesem die Sehne zu vernähen.

Im ersten Fall überpflanzte T. nur den Pectoralis major; der Erfolg war nur ein mäßiger, wenn auch eine gewisse Abduktionsfähigkeit der Schulter erreicht wurde. In dem zweiten, in welchem die beschriebene Operation ausgeführt wurde, verspricht das Resultat ein besseres zu werden.

Diskussion: Wilfred Harris hat zwei Fälle von Erb'scher Lähmung bei Erwachsenen und einen Fall von Kinderlähmung der Schulter operativ behandelt. Die Lähmung der ersteren Fälle war noch erheblicher als in den Fällen von Tubby. Extensoren der Hand und M. pronator teres waren ebenfalls befallen. In beiden Fällen wurden die Vorderäste des 5., 6. und 7. Cervicalnerven nahe dem M. scalenus anticus freigelegt. Beidemal ergab faradische Reizung, daß eine Lähmung des 5. Cervicalnerven vorlag. Derselbe wurde durchschnitten und sein distales Ende in einen Schlitz einmal des 6., das andere Mal des 7. Cervicalnerven eingepflanzt. In einem der Fälle ist eine beträchtliche Besserung der galvanischen Erregbarkeit zu verzeichnen, in dem anderen läßt sich über den Erfolg noch nichts sagen, da seit der Operation erst 6 Wochen verflossen sind. In dem dritten Falle, Lähmung des Deltoides, wurde der 5. Cervicalnerv der Länge nach gespalten, und die obere Partie in den 6. Cervicalnerven eingepflanzt. Bei der Faradisation hatte sich ergeben, daß die unteren Bündel den M. biceps innervierten.

A. H. Tubby: The pathology and treatment of hallux rigidus, hallux flexus and hallux extensus.

T. führt die in Rede stehenden Deformitäten auf eine Osteoarthritis des Matatarso-phalangealgelenkes zurück. Die Synovialmembran des Gelenkes ist gerötet und geschwollen, namentlich über den Ossa sesamoidea. An dem Knorpel des Metatarsusköpfchens fanden sich zerfallene Partien; hauptsächlich unten, wo er mit dem Sesamknöchelchen in Kontakt war, aber auch oben, wenn bei Hyperextension der Großzehe die erste Phalanx gegen das Metatarsusköpfchen angedrückt wurde. T. empfiehlt die Resektion des Metatarsalköpfchens und die Exstirpation des entzündeten Gewebes zwischen den Sesamknöchelchen, eventuell auch die Exstirpation der letzteren, wenn die Oberfläche derselben Veränderungen aufweist.

Bezüglich der Pathologie bemerkt T., daß die Beschränkung der Beweglichkeit reflektorisch sei, in Narkose daher häufig unbeschränkt ist. Ob Flexions- oder Extensionsstellung zustande kommt, richtet sich danach, welche Knorpelpartie befallen ist. Die Extension ist meist zuerst behindert. Bei längerem Bestehen

der Erkrankung treten schließlich osteophytäre Wucherungen auf, welche eine Bewegung des Gelenkes völlig hindern.

An der ersten Phalanx macht T. möglichst wenig. Bei leichteren Fällen sucht er durch Verordnung passenden Schuhwerkes, wobei ein Druck auf das erste Metatarsusköpfchen beim Gehen möglichst vermieden wird, auszukommen.

Mucrhead Little: Phelps operation for club-foot.

L. empfiehlt folgende Modifikation der Phelps'schen Operation. Es wird ein V-förmiger Hautlappen gebildet, dessen Basis nahe am äußeren Fußrande, dessen Spitze dicht vor dem Malleolus internus liegt. Dieser Lappen wird zurückpräpariert und alsdann sämtliche Weichteile, welche der Redression Widerstand leisten, durchtrennt. Bei sehr schweren Fällen — immerhin sehr selten — wird noch der Talus mit dem Meißel durchtrennt. Die Achillessehne wird erst am Schluß der Operation durchschnitten.

Der Vorteil der Lappenbildung ist darin zu suchen, daß das Bestehen einer offenen Wunde abgekürzt wird. Der Gipsverband wird erst nach einigen Tagen angelegt.

Im ganzen hat L. die Phelps'sche Operation 27mal ausgeführt; nur 2mal wurde die Durchtrennung des Talushalses erforderlich. Seinen Standpunkt gegenüber der Operation faßt L. dahin zusammen: 1) In ausgewählten Fällen ist die Operation von beträchtlichem Werte. 2) Die Operation ist kontraindiziert im frühen Kindesalter, weil danach ein schwere Plattfußstellung sich ausbilden kann. 3) Osteotomie kommt nur höchst selten in Frage. 4) Wenn nach einer Operation im frühen Kindesalter sich späterhin eine Plattfußstellung entwickelt, so ist das für den Kranken noch immer besser, als wenn es zu einem Rezidiv der Klumpfußstellung kommt, oder als wenn letztere Stellung nur unvollkommen beseitigt wird.

Herbert Snow: Cystic tumours of the mammae. Their removal by »forcible massage« without incision.

S. empfiehlt bei cystischer Degeneration der Brustdrüse, wenn die Entartung nicht zu weit vorgeschritten ist, die einzelnen Cysten zu zerdrücken und den Inhalt derselben aus der Mammilla auszupressen. Er teilt einige Krankengeschichten mit, in welchen er das Verfahren mit gutem Erfolg angewendet hat.

Anglin Whitelocke: The substitution of temporary and absorbable sutures in the operations of the bone.

W. empfiehlt bei Frakturen im Bereiche der Gelenke die üblichen Drahtnähte durch Catgutnähte zu ersetzen.

Mansell Moullin: The surgical treatment of chronic gastric ulcer.

M. will das Magengeschwür häufiger und früher chirurgisch angegriffen wissen, als es bisher üblich ist. Als Idealmethode betrachtet er die Exzision des Geschwürs. Die Gastroenterostomie kommt hauptsächlich bei sehr ausgedehnter Geschwürsbildung, sowie bei erheblichen Verwachsungen in Frage. Bevorzugt wird die Gastroenterostomia posterior mit gleichzeitiger Anastomose der beiden Schenkel. Im ganzen hat M. 38mal operiert. Er teilt seine Fälle in zwei Gruppen. 23mal wurde operiert lediglich auf die Indikation hin, daß ein Magengeschwür vorhanden war. Einer dieser Fälle endete tödlich. Bei den übrigen 15 Fällen kam die Operation als ultima ratio in Betracht, nachdem die Kranken schon jahrelang in Behandlung gewesen waren. Alle kamen im Stadium äußerster Erschöpfung zur Operation, fünf gingen im Anschluß an die Operation zugrunde.

Edward Deanesly: The open air treatment of surgical tuberculosis.

D. wünscht, daß die Prinzipien, die jetzt bei der Behandlung der Lungentuberkulose, namentlich bei der Sanatorienbehandlung, Geltung haben, auch bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mehr in Anwendung gezogen werden möchten, namentlich was den Aufenthalt der Kranken in reiner staubfreier Luft anbetrifft.

Weiss (Düsseldorf).

---

19) **B. Müller** (Hamburg). Über künstliche Blutleere.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 13.)

In wenigen Zeilen berichtet M. nachträglich über seine mit dem Adrenalin erzielten Resultate. Dasselbe wirkt bei Verwendung der offizinellen Lösung etwas langsamer als das Suprarenin — s. d. Bl. p. 490 —, bei Fortlassen des Chloretonzusatzes der letzteren aber ebensogut. Auch das mehrfach beobachtete Auftreten von Eiterungen der Wunden führt Verf. auf das Chloreton zurück. Im übrigen bewährte sich das Adrenalin in gleicher Weise; Nachblutungen, Vergiftungserscheinungen usw. blieben aus. **Kramer** (Glogau).

20) **Cosma.** Einige Worte über Adrenalin.

(Spitalul 1904. Nr. 4.)

Das Adrenalin hat sich als ein sehr gutes Hämostatikum bei Blutungen aus kleinen Gefäßen und bei direkter Applikation auf die blutende Stelle bewährt, bei interner Anwendung sind seine blutstillenden Wirkungen nur sehr schwache, oft auch ganz fehlende. C. hat das Adrenalin in 19 Fällen mit gutem Erfolge bei Epistaxis, Hämatemesis und Hämaturie angewendet; es scheint eine Elektionswirkung auf die Nieren auszuüben. Bei Hämoptoe, Metrorrhagie und Darmblutungen schien der Erfolg zweifelhaft. Die Dosierung war für äußere Zwecke: 10—15 g der 1%igen Lösung auf 150—200 g destillierten Wassers. Intern wurden 15 Tropfen der Originallösung pro die gegeben. **E. Toff** (Braila).

21) **Luxembourg.** Über Bier'sche Stauung. (Aus dem Bürgerhospital in Köln.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 10.)

Die Bier'sche Stauung ist von Bardenheuer in zahlreichen Fällen von tuberkulösen und gonorrhoischen Gelenkentzündungen mit zumeist sehr günstigen Erfolgen angewandt worden. Die Umwicklung wurde mit ganz dünnen, durchscheinenden Gummibinden täglich zweimal je eine Stunde morgens und abends vorgenommen. Bemerkenswert war besonders das Ausbleiben von Gelenkversteifung in denjenigen Tuberkulosefällen, die zur konservativen Behandlung geeignet erschienen waren, wie auch das Ausheilen von hartnäckigen Fistelbildungen nach operativer Behandlung. Bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen fiel der rasche Nachlaß der Schmerzen und die Wiederkehr passiver und aktiver Gelenkbeweglichkeit angenehm auf. Die schmerzlindernde Wirkung der Stauung wurde auch bei alten Gelenkversteifungen beobachtet. **Kramer** (Glogau).

22) **C. Hofmann** (Köln-Kalk). Zur Frühnarkose.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 10.)

Das bei jeder Narkose eintretende narkotische Vorstadium, die Frühnarkose, ist von H. zur Ausführung zahlreicher kurzdauernder Operationen benutzt worden. Die Schmerzempfindung ist in ihr zum mindesten stark herabgesetzt, das Bewußtsein, wenn auch nicht immer gänzlich erloschen, so doch beeinträchtigt, die Muskulatur erschlafft, so daß fast ausnahmslos Abwehrbewegungen seitens des Pat. ausbleiben, selbst wenn er im Moment des Schnittes einen lauten Schrei ausstößt. Die Frühnarkose tritt nicht mit gleicher Stärke bei allen Individuen auf; auch die Menge des verbrauchten Narkotikums (Äther, event. auch etwas Chloroform) schwankt nach der individuellen Beschaffenheit. Nach Fortnahme der Maske ist der Operierte fast immer sofort wach und imstande, wieder nach Hause zu gehen. — H. empfiehlt die Frühnarkose besonders für Spaltung von Parasiten, Abszessen usw., für Fistelauskratzungen, Fingeramputationen und ähnliches, während er die Lokalanästhesie auf die Exstirpation kleinerer Geschwülste, auf kleinere plastische Operationen mit nachfolgender exakter Hautnaht usw. beschränkt.

Kramer (Glogau).

23) **E. Barten.** Zur Äthertropfnarkose. (Aus der chir. Abt. des städt. Krankenhauses zu Stralsund.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 10.)

B. berichtet über die weiteren Erfahrungen, die in 300 Fällen der Berndt-schen Abteilung mit der Äthertropfnarkose gewonnen worden sind und bestätigt die von letzterem bereits hervorgehobenen Vorzüge derselben. Der Ätherverbrauch pro Stunde betrug durchschnittlich 76 g; hierzu kamen noch sehr kleine Mengen (höchstens 4,5 g) Cloroform, während Morphin gar nicht gegeben wurden. Üble Folgeerscheinungen wurden niemals beobachtet. Nur in 2 Fällen von Bauchoperationen mußte wegen Auftreten von Cyanose, Stocken der Atmung und des Pulses zur Chloroformnarkose übergegangen werden. **Kramer** (Glogau).

24) **M. Madlener** (Kempten). Kombinierte Äther-Chloroformnarkose mit der Sudeck'schen Äthermaske.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 14.)

M. ist mit der Witzel'schen Methode der Narkose nicht zufrieden gewesen, die infolge der zu starken Verdünnung der Ätherdämpfe auf der offenen, großen Fläche der Maske nur äußerst langsam und manchmal ganz unvollständig eintrat. Er hat deshalb die Sudeck'sche Ventilmaske benutzt und damit sehr schöne Betäubungen erzielt. Die verbrauchte Menge an Äther betrug im Durchschnitt nur 63,7 g, die an Chloroform 3,4 g für die Narkose, der eine Morphineinspritzung vorangeschickt wurde. **Kramer** (Glogau).

25) **Aug. Bier** und **A. Doenitz.** Rückenmarksanästhesie. (Aus der kgl. chir. Univ.-Klinik in Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 14.)

In der Bonner chirurg. Klinik ist, nachdem vorher D. an Tieren die günstige Wirkung der Rückenmarksanästhesie unter Zuhilfenahme von Nebennierenpräparaten festgestellt hatte (s. Referat in d. Bl. 1903 p. 1181), die Methode auch an 109 Kranken in Anwendung gebracht worden. Hierzu wurde 1 ccm einer ½%igen Adrenalin- bezw. Suprareninlösung und nach 5 Minuten 0,01—0,02 g Kokain in 1%iger Lösung zwischen 2. und 3. Lendenwirbel nach Abfluß von etwas Liquor cerebrospinalis in den Lumbalsack eingespritzt, 10 Minuten später operiert. Nur in 8 Fällen blieb die Anästhesie aus, in keinem einzigen trat, obwohl zur Erzielung einer zuverlässigen Anästhesie größere Kokaindosen nötig waren, ein gefährlicher Zufall ein; anderseits aber waren unangenehme Begleit- und Folgeerscheinungen — nach dem Gebrauche von Adrenalin etwas häufiger und heftiger als nach dem von Suprarenin — in zirka der Hälfte der Fälle zu beobachten (Schweißausbruch, Erbrechen, Muskelzittern bei der Anästhesie, Kopfschmerzen, bis 8 Tage andauernd, Erbrechen, leichtes Fieber, stets ohne Schüttelfrost, einige Male Nackenstarre und Harnverhaltung nach ihr). Am besten vertrugen das Verfahren alte Leute. Die Anästhesie war infolge der Lokalisierung des Kokains durch die Nebennierenpräparate nach oben hin weit geringer ausgebreitet als bei bloßer Kokainisierung, ging aber bei Beckenhochlagerung höher hinauf; ob letztere immer ohne Gefahren anwendbar ist, muß erst noch weiter geprüft werden.

Kramer (Glogau).

26) **v. Mosetig-Moorhof.** Erfahrungen mit der Jodoform-Knochenplombe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 419.)

Prinzip und technische Grundzüge der Knochenplombierung sind den Lesern unseres Blattes durch den im vorigen Jahrgang p. 433 erschienenen Originalartikel v. M.'s und durch Referat über die Arbeiten seiner Schüler Silbermark und Damianos, ebenda p. 657, bereits bekannt. Darauf ist deshalb nicht von Neuem einzugehen. Höchstens wäre eines Kaltluftgebläses mit Einschaltung von

Formalin und Chlorkalzium zu gedenken, womit die Wände der zur Plombenaufnahme vorbereiteten Knochenhöhlen getrocknet werden.

Der Hauptinhalt des Berichtes besteht in der Darlegung der bislang bereits in 220 Plombierungen erreichten praktischen Erfolge. v. M. rühmt der Methode nach, daß sie in verhältnismäßig sehr kurzer Zeit die Heilung großer, ja beliebig großer Knochenhöhlen ohne Eiterung und ohne Fistelhinterbleib meist per primam herbeizuführen imstande ist, wie auch die beigefügten Krankengeschichten beweisen. Ob es sich um osteomyelitische Nekrosen oder Behandlung tuberkulöser Knochen und Gelenke handelt, ist dabei ganz irrelevant, ausschlaggebend für den Heilerfolg ist nur, daß die Knochenhöhlen gründlich im Gesunden herausgeschnitten, gut trocken und aseptisch präpariert und endlich akkurat mit der Plombe ausgefüllt werden, ferner daß durch geeignete Weichteilschnittführung für gute Deckung der Knochenkavernen gesorgt wird. Zur Nekrosenoperation an der Tibia dienen krummlinige Schnitte, welche Lappen aus Haut und Periost mit innerer oder äußerer Basis bilden. Letztere werden zurückgeschlagen und hierauf die Nekrosenhöhlen vorgenommen. Ähnlich am Oberschenkel, wo der Knochen durch einen großen Hautmuskelperiostlappen mit Basis oben außen entblößt wird. Derselbe geht durch Rectus femoris und Vastus externus mit Schonung des Biceps und der Bursa subcruralis. Bei Tuberkulosen ist v. M. ein entschiedener Feind der »sogenannten konservierenden« Behandlung und erwartet nur von der gründlichsten Operation dauerhafte Erfolge. Zur Resektion des Handgelenkes bedient er sich der Ausschneidung eines großen dorsalen Hautlappens, nach dessen Rückschlagung Sehnenscheidenfungi herauspräpariert und alle Carpalknochen gründlich revidiert und reseziert werden können. Ähnlich am Fußgelenke, wo v. M. in 15 Fällen von den Knöcheln an nach vorn bis zum Chopart'schen Gelenk Haut nebst Strecksehnen in Lappenform umschneidet und nach oben schlägt. Aufklappungen des Gelenkes, Exzision des Talus usw. Am Ellbogen und Knie dagegen dorsale Querschnitte mit Durchsägung des Olecranon bezw. der Patella. Zu erwähnen ist schließlich noch, daß auch Zahncysten und Highmorshöhlenempyeme im Kiefer erfolgreich plombiert sind. Etliche Skiagramme jodoformplombierter Knochen sind der Arbeit beigegeben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) Ranzi und Sultan. Zur Frage der Enderfolge der Uranoplastik.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 3.)

Die vorliegende Arbeit umfaßt ein Material von 105 Fällen, die zumeist von v. Eiselsberg in Wien und Königsberg operiert worden sind. Die einzelnen Resultate sind genau besprochen, soweit Nachricht zu erhalten war. Gute Ergebnisse betreffs normaler Sprache wurden auch dann erzielt, wenn die Operation erst nach dem 2. Lebensjahre ausgeführt ward, was, wie bekannt, mit J. Wolff's Ansichten in Widerspruch steht, der einen diesbezüglichen Erfolg von einer sehr frühzeitigen Operation abhängig erklärt. Überhaupt sind die Verff. der Ansicht, daß man vor Beendigung des zweiten Lebensjahres nur bei ganz kräftigen Kindern operieren soll, da bei der Frühoperation die Mortalität eine höhere, die Aussicht auf gute Heilresultate geringer ist. Eine vitale Indikation erkennen sie für den Eingriff nicht an. Die Methode, die bei den beschriebenen Fällen angewendet wurde, bestand meist in Anfrischung der Spaltränder, Entspannungsschnitten an den Alveolarfortsätzen, Abmeißelung der medialen Platte der Proc. pterygoidei und danach Naht mit Seide oder Silberdraht.

Die Entspannungsschnitte wurden mit Jodoformgaze tamponiert. In einigen Fällen wurde der Versuch gemacht, den Defekt nach Gersuny durch gestielte Lappen aus der Zunge zu decken. Das Verfahren führte indes nicht zum Ziel, wahrscheinlich, weil eine genügende Immobilisierung des plastischen Materiales nicht gelang. Die Nachbehandlung war ziemlich einfach. In den ersten 4—5 Tagen wurde nur flüssige Nahrung gereicht. Mit Borlösungen wurde mehrmals am Tage das Sekret aus Mund und Nase fortgeschafft. Die Tampons wurden am 4.—5. Tage entfernt, die Nähte zwischen dem 10. und 15. Tag. Kleine zurückbleibende

Defekte sollen in Zukunft durch Vaseline-Injektion verschlossen werden. Ebenso kämen solche Einspritzungen in die hintere Rachenwand in Betracht, wo bei zu kurzem Velum ein unvollkommener Abschluß der Nasen- und Rachenhöhle besteht. Der Sprachunterricht soll bald nach der Operation beginnen in der Weise, wie dies von Kappeler genau beschrieben ist. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

28) **Alexander Miles.** Notes of a case of traumatic haematorrachis of the upper dorsal region.

(Edinburgh med. journ. 1904. Februar.)

Ein 36jähriger Dockarbeiter hatte beim Aufheben eines schweren Kornsackes auf seine Schultern plötzlich heftige Schmerzen zwischen den Schulterblättern verspürt, gerade als »wenn hier etwas zerrissen sei«. Trotzdem konnte derselbe noch eine Stunde lang seine Arbeit verrichten. Bei der tags darauf erfolgten Aufnahme hielt Pat. die Halswirbelsäule vollkommen steif und konnte keinerlei seitliche Bewegungen ausführen. Objektiv ließ sich an der Wirbelsäule keine Veränderung nachweisen. Am Nachmittag trat dann plötzlich beim heftigen Husten eine vollkommene Lähmung beider Beine ein und ein Gefühl der Taubheit im ganzen Körper. Die Beweglichkeit der Arme war beschränkt. Es bestand leichte Abduktion derselben, Flexion des Vorderarmes, sowie der Finger. Kniereflex war erloschen. Alleinige Zwerchfell-Atmung. Dem ganzen Bilde nach mußte an eine Verletzung im Bereiche des ersten Dorsalsegmentes gedacht werden, und zwar eine Hämorrhagie, entweder extradural oder in die Substanz des Rückenmarkes hinein im Gebiet des ersten Brustwirbels. Durch Laminektomie des 7. Hals- und 1. Brustwirbels wurde ein zwischen Dura mater und dem Knochen gelegener Blutklumpen, welcher die Höhlung eines Kinderlöffels etwa ausfüllte, entfernt. Beim Emporheben des Rückenmarkes trat starke venöse Blutung an der Vorderseite auf, die beim Loslassen des Markes wieder stand. Nach Einführung eines Jodoformtampons wurde die Wunde durch Nähte verschlossen. Tags darauf erfolgte abends der Tod. Die Autopsie ergab eine Trennung des 5. und 6. Halswirbels ohne Verschiebung, Blutung zwischen Wirbel und Wirbelkanal, die sich im Gebiet des 1. und 2. Dorsalwirbels angesammelt und hier einen Druck auf das Rückenmark ausgeübt hatte. Nach der Operation war keine neue Blutung aufgetreten. **Jenckel** (Göttingen).

29) **Riesman.** Cervical rib.

(Univ. of. Pennsylvania med. bull. 1904. März.)

R. beobachtete bei einer 65jährigen Frau als zufälligen Nebenbefund eine beiderseitige Halsrippe des 7. Halswirbels. Irgendwelche Beschwerden hatten niemals bestanden (Röntgenbild).

Verf. bespricht ausführlich das anatomische und klinische Bild dieser Anomalie. In 46 von ihm gesammelten Literaturfällen machten Halsrippen schwerere Störungen, 22 wurden operiert, meist mit gutem Erfolge. Die Nerven- und Gefäßstörungen schwanden gewöhnlich prompt, selbst Aneurysmen der Arteria subclavia gingen mehrfach ganz zurück. Einigemal jedoch wurden die Zirkulationsstörungen und die Atrophie des Armes nicht gebessert, da bereits eine ausgedehnte arterielle Thrombose eingetreten war. Verschiedenfach wurde die Pleura bei der Resektion der Halsrippe eröffnet, jedoch blieb der Pneumothorax stets ohne ernstliche Folgen. (Literaturverzeichnis.) **Mohr** (Bielefeld).

30) **Frilet.** Suicide par coup de feu a blanc sans fausse balle de carton.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1904. Nr. 4.)

Aus unmittelbarer Nähe hatte ein Soldat sein mit einer Platzpatrone geladenes Lebel-Gewehr gegen seine linke Brust abgefeuert; er war sofort tot. Der Propfen der Patrone lag an der Erde und war unversehrt, so daß die Verletzungen allein durch das Pulver hervorgerufen sein mußten. Die Autopsie

ergab folgenden Befund. Dicht unterhalb der linken Brustwarze ein für den Zeigefinger durchgängiger Hautdefekt (Einschuß), in dessen Umgebung die Haut schwarz gefärbt und von pergamentartiger Härte war. Der Defekt in der darunterliegenden Brustmuskulatur war doppelt so groß als derjenige der Haut. Die Rippen waren unversehrt; das Perikard zeigte einen Einriß von 6 cm Länge und 4 cm Breite. Die Herzspitze war in eine breiige Masse verwandelt, am rechten Ventrikel ein 1 cm langer und breiter, am linken Ventrikel zwei durchdringende Risse von 3 cm resp. 2 cm Länge, die dreizipfelige Klappe war zerstört, die zweizipfelige Klappe erhalten. Im Zwerchfell unter der Herzspitze ein Loch von der Größe eines Fünffrankstückes, Einrisse in der Milz und der Leber.

Verf. unterscheidet direkte und indirekte Wirkungen des Pulvers; die ersten werden bedingt durch das Auftreffen (force de propulsion), die zweiten durch die Ausdehnung der Gase, welch letztere eine hydraulische Wirkung in blutreichen Organen ausüben. **Herhold** (Altona).

31) **P. Delbet.** Gangrène pulmonaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 595.)

D. berichtet ausführlich über einen Fall von Lungenbrand, in welchem der Sitz in der linken Lungenspitze richtig diagnostiziert und die Höhle leicht operativ eröffnet wurde, zwei andere Kavernen aber, wie die Autopsie zeigte, übersehen wurden. Der Tod erfolgte durch wiederholte profuse Blutung in die eröffnete Höhle aus einem Hauptaste der Lungenarterie.

Reichel (Chemnitz).

32) **Alban Köhler.** Zur Diagnostik der intrathoracischen Tumoren.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. VII. Hft. 3.)

Der von K. beschriebene Fall ist besonders geeignet, den diagnostischen Wert der Skiaskopie des Brustkorbes zu illustrieren. Die klinische Diagnose schwankte zwischen mediastinalem Abszeß, umschriebenem Empyem, vielleicht Fremdkörperpneumonie mit Gangrän; das Röntgenbild zeigte einen im linken Lungenhilus liegenden, handtellergroßen, sich an den Mittelschatten eng anschließenden Schatten, welcher lateralwärts ohne scharfe Begrenzung in eine Anzahl strahlenartig angeordneter Ausläufer überging. Die Autopsie bestätigte die Diagnose einer dem Verlauf der Bronchialverästelung folgenden Geschwulst. Es fand sich ein Rundzellensarkom der Bronchialdrüsen und Bronchien. **Matthias** (Königsberg i. P.).

33) **G. Riebold** (Dresden). Ein Fall von traumatischer Lungenhernie ohne äußere Verletzung.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 10.)

Die Hernie entwickelte sich nach einer Fraktur der 2. und 3. Rippe mit Zerreißung der Zwischenrippenmuskeln und wurde 10 Wochen nach dem Unfall konstatiert. **Kramer** (Glogau).

34) **F. Cautermann.** Prostatectomie totale par la voie suspubienne.

(Ann. de soc. méd.-chir. d'Anvers 1903. September.)

C. machte bei einem 66 Jahre alten Manne die Enukleation der ganzen Prostata nach Freyer (London), d. h. hohen Blasenschnitt, Inzision der Schleimhaut der Blase auf die Prostata, stumpfe Ausschälung von diesem Einschnitt aus mittels des Fingers, während vom Mastdarm aus die Prostata entgegengedrückt wird. Es gelang C. nicht, jeden Prostatalappen für sich auszuschälen, vielmehr kam die Drüse im ganzen heraus und ein kleines Stück Harnröhre kam mit. Während der Operation liegt ein Metallkatheter in der Harnröhre. Die Operation verlief vollkommen günstig. C. betont, daß er die perineale Prostatektomie nicht fallen lassen werde. Seine acht Fälle seien alle geheilt. Freyer habe auf 45 Operationen 5 Todesfälle. (Die Freyer'sche Operation scheint für die Entfernung der Prostata die Operation der Zukunft zu sein. Was für die Struma die

Enukleation ist, ist Freyer's Operation für die Prostata; sie ist u. a. von der geringsten Blutung begleitet und gestattet das Blaseninnere genau zu besichtigen und eventuell operativ anzugreifen. Ref.) **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

35) **S. Jacoby.** Instrumentarium zur Blasentamponade per viam naturalem.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Dezember.)

Es besteht aus 1) dem Tamponkatheter Nr. 24 franz., 30 cm lang, 2) dem Mandrin mit federnder Stelle nahe dem vorderen Ende; 3) dem Metalltubus, der zur Entfernung des Tampons dient; 4) dem Stopfer für den tamponierenden, langen, 10 cm breiten Muslinstreifen; 5) dem langen, dünnen Mandrin; über ihm wird Nr. 1 aus der Blase herausgezogen. Beim Gebrauche werden Nr. 1 und 2 geschlossen in die Blase geführt, alsdann Nr. 2 herausgezogen, der Gazestreifen mittels Nr. 4 in die Blase gebracht, sein äußeres Ende soll eine kurze Strecke weit vorhängen; dann wird Nr. 5 neben der Gaze durch Nr. 1 hindurch zur Blase geführt und Nr. 1 über Nr. 5 herausgezogen. Jetzt ist die Tamponade fertig. Um den Tampon zu entfernen, schiebt man Nr. 3 über der Gaze in die Blase und zieht den Tampon vor.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

36) **Bardescu.** Ein seltener Fall von spontaner Ruptur der Harnblase ohne vesikale Alteration.

(Gesellschaft der med. Wissenschaften in Bukarest. Sitzung vom 12. Januar 1904.)

Der betreffende Pat. wurde plötzlich von heftigen Schmerzen im Bauche, von Übelkeiten und Erbrechen befallen. Es bestand Anurie; mit dem Katheter konnte eine geringe Menge sanguinolenter Flüssigkeit entleert werden. Palpatorisch fand man eine elastische, schmerzhafte Geschwulst, aus welcher durch Punktion eine blutige, putride Flüssigkeit entleert wurde. Die vorgenommene Laparotomie zeigte etwa 300 g einer ebensolchen Flüssigkeit im Cavum Retzii und als Ausgangspunkt derselben eine feine Öffnung in der Blasenwand, die nur durch Einspritzung einer Lösung von Methylenblau gefunden werden konnte. Der Fall ist selten; Blasenkontraktionen wurden als Veranlassung der Zerreißung angenommen.

E. Toff (Braila).

37) **F. Schlagintweit.** Apparat zur Gefrierpunktsbestimmung des Harnes, Blutes usw. mit schneeförmiger Kohlensäure als Kältespender.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 14.)

Die in Schnee von —40° verwandelte flüssige Kohlensäure soll das unreinliche, durch seine Nässe unbequeme und nie konstante und langsam arbeitende Eiskochsalzgemisch ersetzen. Die Methode ist billig und gleich erfolgreich. Flaschengestell und den kompletten Gefrierapparat liefert O. Reinig in München, die Stahlflaschen mit flüssiger Kohlensäure Dr. Raydt, ebenda.

Kramer (Glogau).

38) **Kreps.** Zur Therapie der Anuria calculosa. Zur Pathologie der Reflexanurie.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1903. Nr. 52.)

K. konstatierte in einem Falle völliger Anurie cystoskopisch Fehlen des rechten Harnleiters und ein Hindernis im linken, 2 cm von seiner Mündung in die Blase. Es gelang ihm, den Stein in die Höhe zu schieben, nachdem er mit einer Spritze einen Strahl heißen Glyzerins in den Harnleiter eingespritzt. Danach reichliche Sekretion und Heilung. Der Fall zeigt, daß man leicht eine Reflexanurie annehmen kann, wo keine besteht, sondern nur Fehlen oder Funktionsuntüchtigkeit der anderen Niere vorliegt. Langué hat daraufhin das Fehlen einer echten Reflexanurie überhaupt geleugnet. K. betont aber, daß es dieselbe



in der Tat gibt. Zum absolut sicheren Nachweis derselben gehört aber, daß man nach Hebung der Anurie nicht bloß Urin aus der nicht verlegten Niere mit dem Harnleiterkatheter gewinnt, sondern daß man durch Untersuchung dieses Urins auch die völlige Gesundheit der von der reflektorischen Anurie befallenen Niere nachweist. Zu zwei über jeden Zweifel erhabenen Fällen Rovsing's dieser Art fügt K. einen einwandsfreien hinzu. **Haeckel** (Stettin).

39) **Zaaijer.** Anurie infolge doppelseitiger Nierennekrose, verursacht durch Druckerhöhung in den Nieren.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XII. Hft. 5.)

Z. untersuchte die Nieren einer Puerpera, welche von der Geburt ab fast völlige Anurie hatte und nach 9 Tagen starb. Er fand, daß die Rinde der Nieren in ausgedehntester Weise nekrotisch war; eine beigegebene farbige Tafel läßt das in schönster Weise erkennen. Irgendeine Schädlichkeit hatte auf die Nieren eingewirkt. Diese reagierte darauf mit Schwellung; durch die geringe Dehnbarkeit der Kapsel nahm der Druck im Organe zu, und die Folge war ein Aufhören der Blutzufuhr in der Rinde, welche nekrotisch wurde. Ein rechtzeitig vorgenommener chirurgischer Eingriff würde sehr gut imstande gewesen sein, den Druck in den Nieren zu heben und so der Nekrose vorzubeugen.

Haeckel (Stettin).

40) **Ingianni.** Cateterismo dell' uretere in un caso di genicolatura di questo condotto e ritenzione.

(Policlinico Ser. chir. 1904. Nr. 2.)

In einem Falle von Hydronephrose einer Wanderniere machte J. den Harnleiterkatheterismus. Der Katheter stieß nach zwei Drittel seines Weges auf ein Hindernis, welches er überwand, als gleichzeitig der Nierentumor nach oben gedrängt wurde, worauf sich 250 ccm Urin entleerten. Die Geschwulst verschwand. Seit einem Jahre trägt Pat. eine Bandage; Beschwerden sind nicht wieder aufgetreten. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

41) **Geyer.** Über einen bemerkenswerten Fall der Heilung einer Hydronephrose.

(Therapeutische Monatshefte 1904. Nr. 3.)

G. berichtet über einen Fall von seit Jahren bestehender intermittierender Hydronephrose, welcher allen therapeutischen Maßnahmen trotzte. Auch Urotropin in sehr hohen Dosen in Fachinger monatelang dargereicht, zeitigte keinen Erfolg. Eine Heilung wurde schließlich erzielt durch Darreichung von Helmitol (3—4mal täglich 1 g). G. schreibt den Erfolg dem Umstande zu, daß aus der Verbindung der Formaldehydzitronensäure und des Urotropins im Organismus Formaldehyd abgespalten wird. Es ist das Helmitol demnach als ein »verstärktes Urotropin« aufzufassen.

Nebenerscheinungen wurden trotz monatelangen Gebrauches nicht bemerkt. Ein Rückfall ist bis 5 Monate nach Vollendung der Kur nicht eingetreten.

Silberberg (Breslau).

42) **A. Müller.** Ein Fall von Pneumokokkenpyokele. (Aus der Baseler chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 7.)

Bei einem an Nephritis leidenden Knaben hatte sich eine Hydrókele entwickelt, die im Anschluß an eine Pneumokokkeninfektion des Körpers heftigere entzündliche Erscheinungen zeigte und sich in eine Pyokele umwandelte. In dem durch Schnitt entleerten Eiter fanden sich Fraenkel'sche Pneumokokken; der Hoden war nicht erkrankt, der Proc. vaginalis gegen den Leistenkanal vollständig abgeschlossen. **Kramer** (Glogau).

43) F. Lesser. Zur Ätiologie der Orchitis fibrosa.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 12.)

Unter 2979 in den Jahren 1896—1902 im Moabiter städtischen Krankenhaus obduzierten Leichen männlicher Erwachsener wurden 133 Fälle (4,5%) von »Orchitis fibrosa« gefunden; von denen in 94 (70%) sichere Zeichen ehemaliger konstitutioneller Syphilis nachweisbar waren. Von den übrigen 30% nimmt L. an, daß in der Mehrzahl von ihnen die Orchitis die einzige syphilitische Veränderung darstellte, da nur in ganz seltenen Fällen die Orchitis fibrosa durch eine Gonorrhöe veranlaßt wird und sonst nur noch Trauma und Infektionskrankheiten, wie Parotitis epidemica, Influenza und Typhus, ätiologisch in Betracht kommen.

Kramer (Glogau).

44) Rocher. Hypertrophie compensatrice du testicule sain, symptôme de l'ectopie haute.

(Soc. de gyn. obst. et péd. de Bordeaux 1903. Dezember.)

Verf. fand unter 25 sonst gesunden Individuen mit einseitiger Hodenektopie viermal eine kompensatorische Vergrößerung des normalen anderen Hodens. Es handelte sich um Kinder, bei welchen der Hoden der einen Seite entweder überhaupt nicht oder nur bei Anspannung der Bauchmuskeln am inneren Leistenringe zu fühlen war. Dieses Zusammentreffen einer Hypertrophie des gesunden Hodens mit einer sehr hohen iliakalen oder abdominalen Ektopie des anderen weist darauf hin, daß die Hypertrophie wirklich eine funktionelle, kompensatorische zu sein scheint. Denn je höher die Ektopie, desto größer die Atrophie und Funktionsuntüchtigkeit des ektopischen Hodens. Daher fand Verf. auch bei keinem einzigen tiefer (bis unterhalb des äußeren Leistenringes) herabgetretenen Hoden eine derartige Hypertrophie auf der anderen Seite. **Mohr** (Bielefeld).

45) O. Burkard. Die Dauererfolge der Orchidopexie nach Nicoladoni.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 3.)

In der Grazer chirurg. Klinik wurden von Oktober 1895 bis Juni 1902 im ganzen 18 Orchidopexien nach dem Verfahren Nicoladoni's ausgeführt. Über 12 Fälle konnte Verf. Nachuntersuchungen anstellen.

Als Resultate des Verfahrens, welches den Leistenhoden mittels des Restes des Processus vaginalis am Damme fixiert und dadurch der Retraktionsneigung des Hodens und der damit oft erfolgenden handschuhfingerförmigen Einstülpung des Hodensackes begegnen will, ergab sich, daß in vier Fällen die Lageerhaltung gelungen war, in allen Fällen die Beschwerden vollständig behoben waren.

Verf. bespricht dann die mit der Schüller'schen Methode der Orchidopexie — Anheftung des gut isolierten Hodens im Grunde des Hodensackes — besonders von französischen Autoren berichteten Erfolge und kommt im Vergleiche mit den Resultaten der nach Nicoladoni ausgeführten Orchidopexien zu dem Ergebnis, daß letztere sich denjenigen der Mehrzahl jener Zusammenstellungen überlegen erweist. Daß nach Nicoladoni's Methode eine Einstülpung des Hodensackes sicher vermieden wird, ist ein unbestreitbarer Vorteil gegenüber der Anheftung des Hodens im Hodensacke. **Blauel** (Tübingen).

Berichtigung. In Nr. 18 p. 574 Z. 20 v. u. lies Borchardt statt Bernhardt.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 22. **Sonnabend, den 4. Juni.** **1904.**

1) **Bum.** Lexikon der physikalischen Therapie, Diätetik und Krankenpflege für praktische Ärzte.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1904.

Von dem bereits früher besprochenen Werke ist jetzt der Schluß erschienen. Derselbe enthält als größere Abschnitte: Nervendehnung, Nervengymnastik, Ohrmassage, passive Bewegungen, Phototherapie, Pneumatherapie, Radiotherapie, Thermotherapie, Übungsbehandlung, Wärmeapplikation, Wechselstrombäder und Widerstandsbehandlungen. Besonders schön und übersichtlich sind die Artikel von F r e u n d über Phototherapie und Radiotherapie. Sie geben in kurzer

22

präziser Darstellung jedem eine genaue Orientierung. Auch der Schluß des Werkes befriedigt die Erwartungen, die man beim Erscheinen des ersten Teiles hegen durfte, vollkommen. Das Lexikon ist ein ausgezeichnetes Orientierungs- und Lehrbuch für jeden, der sich auf diesem Zweige unserer Wissenschaft Rat holen will.

Borchard (Posen).

---

2) **Ph. Bockenheimer.** Über Lehrmittel beim chirurgischen Unterricht, insbesondere zur Veranschaulichung der operativen Technik.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 7.)

B. weist auf den Wert der Moulagen für die Veranschaulichung typischer Operationen hin. Nach ihnen hergestellte bunte Diapositive können mit Hilfe des Projektionsapparates zur zusammenfassenden Wiederholung dem ganzen Auditorium vorgeführt werden. Der von Frohse und dem Verf. herausgegebene Atlas typischer chirurgischer Operationen soll demselben Zwecke bei der Orientierung des einzelnen dienen.

Gutzeit (Neidenburg).

---

3) **Landesmann** (Marburg). Die Therapie an den Wiener Kliniken.

Wien, **Deuticke,** 1904.

Das bekannte und beliebte Werkchen liegt in siebenter, »umgearbeiteter und vermehrter« Auflage vor. Die Umarbeitung bezieht sich fast auf alle Kapitel, entsprechend dem ausgedehnten Wechsel in der Leitung der Wiener Kliniken.

Den modernen therapeutischen Bestrebungen wird Rechnung getragen durch Hinzufügung entsprechender Abschnitte über Balneo- und Klimatotherapie, Hydrotherapie, Phototherapie und Radiotherapie. Das letzte Kapitel ist von dem um die therapeutische Röntgenbehandlung verdienten Holzknecht bearbeitet.

Engelmann (Dortmund).

---

4) **F. A. Suter.** Über eine praktische Sehnennaht.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 3.)

Die meisten der bisher geübten Methoden der Sehnennaht sind ziemlich zeitraubend, weil sie das Prinzip verfolgen, die Schnittflächen der Sehnenstümpfe in genaue Berührung zu bringen. Das verlängert die Operationsdauer. Es ist aber gar nicht notwendig, die Schnittflächen durchschnittener Sehnen aneinander zu legen, dagegen auf andere Art eine viel festere Vereinigung zu erzielen. Schon Hueter hat das gleiche Prinzip verfolgt. Indessen ist sein Verfahren, die Enden durch eine einfache, in einiger Entfernung von den Schnittflächen durchgestochene Fadenschlinge zu vereinigen, ungenügend, weil beim Anziehen des Fadens die Sehne meist ausfasert. S. umfaßt und komprimiert mittels eines eigenen, an Zeich-

nungen erläuterten Durchstechungssystems die Sehne in ihrem ganzen Umfang, in ihren vier Quadranten. Die Gefahr der Auffaserung ist so völlig vermieden. Nachdem die beiden Sehnenstümpfe durch die geknüpften Fäden versorgt sind, werden durch Verknoten der beiden letzten Doppelfäden untereinander die Sehnenstümpfe miteinander in Berührung gebracht. Die Heilung ist erfahrungsgemäß stets eine vollkommene gewesen. Die geringe Verkürzung der Sehne, welche durch die Methode veranlaßt wird, ist ohne praktische Bedeutung.

Die Vorteile der neuen Methode sind ihre kurze Zeitdauer, die Festigkeit der Naht, die Möglichkeit, den Eingriff ohne Assistenz vorzunehmen und die geringere Infektionsgefahr wegen der kürzeren Operationsdauer. Wer die Verschiebung der Sehnen aneinander scheut, kann die Methode auch so anwenden, daß die Schnittflächen aufeinander zu liegen kommen. Einige Krankengeschichten beweisen die praktische Verwertbarkeit des Verfahrens.

E. **Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

5) M. Schüller. Die Abduktionsstellung des Schultergelenkes bei der Behandlung der Operationen, Verletzungen und Erkrankungen im Bereiche dieses Gelenkes.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 1.)

Da bei Verletzungen und Erkrankungen des Schultergelenkes eine wirkliche Immobilisierung dieses Gelenkes durch eine Befestigung des Armes am Brustkorb, durch Desault'sche und Velpeau'sche Verbände, nur unvollkommen erreicht wird, und das Schultergelenk in dieser Stellung für die spätere Gebrauchsfähigkeit noch obendrein ungünstig beeinflußt wird, empfiehlt Verf. eine Feststellung des Gelenkes und Oberarmes in einer nach seitlich vorn unten gerichteten Abduktionsstellung mit mäßiger Innenrotation, die nahezu in der idealen Mittelachse des Kegels der normalen Bewegungsexkursionen gelegen ist. Für die operativen Fälle eignet sich hierzu eine mehrfach gebogene Winkelschiene, deren einer Teil bestimmt ist, der Außenfläche des Brustkorbes anzuliegen. Nach oben in der Achselhöhle geht er unmittelbar in einen winklig abgebogenen Schienenteil über, der der Innenfläche des Oberarmes sich anschmiegt. Ist die Winkelschiene richtig angelegt, so daß der innere, etwas breitere Schenkel der Schiene an der äußeren Brustwand bis zur Achsel fixiert ist und der Oberarm in einem mehr oder weniger großen Winkel im Schultergelenke abduziert, aber zugleich ein wenig einwärts rotiert auf dem äußeren Schenkel der Schiene liegt, während auf dem unteren Schienenstücke der Vorderarm bei rechtwinklig gebeugtem Ellbogengelenke mit der Dorsalseite in supinierter, auch wohl in pronierter Haltung ruht, so ermöglicht dieser Verband eine ausgiebige und sichere Feststellung der Schulter in einer für die spätere Gebrauchsfähigkeit günstigen Position, zugleich auch in einer durchaus bequemen Lage, in einer physiologischen Ruhestellung.

Bei geringerer Affektion des Schultergelenkes genügt schon ein Pappschienen-Wasserglasverband, der in ähnlicher Weise angelegt wird, dessen Einzelheiten aber im Originale zu ersehen sind.

Hartmann (Kassel).

---

6) **S. Rolando** (Genova). Della via più opportuna da seguirsi in alcuni interventi operativi sopra la diafisi omerale.

(Clinica chirurgica 1904. Nr. 2. Milano.)

Ein Fall von ausgedehnter Nekrosenoperation am Humerus, bei welcher der Nervus radialis freigelegt und trotz Schonung desselben längere Zeit gelähmt blieb, gab dem Verf. Anlaß zu eingehenden anatomischen Untersuchungen über den einfachsten Weg, den Humerus ohne Gefährdung wichtiger Gebilde in seiner ganzen Ausdehnung freizulegen. Verf. empfiehlt folgendes Verfahren, welches er einmal auch am Lebenden geprüft hat: Hautschnitt entlang dem ganzen Verlauf der Vena cephalica; Vertiefung desselben zwischen dem M. pectoralis und M. deltoideus bis zum Knochen. Nun wird der laterale Rand des M. biceps freigelegt, zurückgehalten und so der M. brachialis internus zugänglich gemacht. Dieser letztere wird 2 cm vom äußeren Rand entfernt, also etwa von der Grenze zwischen seinem medialen und lateralen Teile, stumpf in seinem Faserverlaufe gespalten. Auf diese Weise kommt das Gebiet des N. radialis nach außen zu liegen, das des N. musculo-cutaneus nach innen; die Nerven selbst kommen nicht zu Gesicht. (Dies Verfahren unterscheidet sich von dem von Kocher in dessen Operationslehre angegebenen im wesentlichen durch die mediane Spaltung der M. brachialis internus. Ref.)

A. Most (Breslau).

---

7) **Launay.** Luxation complète du coude en dehors. Résection. Rapport par M. Lejars.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 288.)

Unter Mitteilung eines von L. mit Resektion behandelten Falles einer seit $2^1/_2$ Monaten bestehenden Verrenkung des Vorderarmes nach außen nimmt Lejars selbst Stellung zur Frage der Behandlung der veralteten Ellbogenverrenkungen. Er spricht sich gegen die blutige Reposition aus, welche höchstens für ganz frische, sonst irreponible Fälle in Betracht käme. Er hat sie dreimal versucht, einmal bei einer 3 Wochen alten Verrenkung nach hinten außen, zweimal bei Verrenkungen nach hinten, und zwar einmal seit 47 Tagen, das andere Mal erst seit 2 Tagen bestehend, aber stets nur wenig befriedigende funktionelle Resultate gesehen. Als beste Behandlungsmethode empfiehlt er daher die Resektion, und zwar eine ausgedehnte mit frühzeitiger Mobilisation. Wert legt er dabei namentlich auf möglichste Schonung des Musc. triceps, bevorzugt daher den bilateralen Schnitt.

Lucas-Championnière rät gleichfalls zur Resektion, gibt aber den Vorzug dem hinteren Längsschnitt; Nélaton und Kirmisson empfehlen, nach dem Vorgange Ollier's nur das untere Gelenkende des Humerus fortzunehmen, Radius und Olekranon unberührt zu lassen. — Picqué, der gleichfalls von der Arthrotomie nur schlechte funktionelle Resultate gesehen hat und daher auch zur Resektion rät, will mit der Mobilisierung schon 2 Tage nach der Operation beginnen, hält den Beginn 7 Tage nach der Resektion schon für zu spät. — Monprofit (d'Angers) hält für Erzielung guter Funktion für besonders wichtig, den Vorderarm nach der Gelenksresektion sofort in Supination und extremer Flexion zu bandagieren, da nach seiner Erfahrung die Extension später leichter zu erzielen und eine Beschränkung der völligen Extension weniger störend sei, als mangelnde Flexion. **Reichel** (Chemnitz).

---

8) **Miles** and **Struthers.** Bennett's fracture of the base of the metacarpal bone of the thumb.

(Edinburgh med. journ. 1904. April.)

Der von Bennett-Dublin im Jahre 1881 aufgestellte Satz, daß die Fraktur durch die Basis des ersten Metakarpalknochens die am häufigsten vorkommende der Metakarpalfrakturen sei, wird durch Verff. auf Grund der Beobachtung von 15 Fällen seit dem Jahre 1900 bestätigt, während nur 10 Frakturen die anderen Mittelhandknochen betrafen. An der Hand von Röntgenbildern wird der fast regelmäßig bis in das Karpometakarpalgelenk verlaufende Schrägbruch genauer erläutert, der je nach der Einwirkung der Verletzung bei gebeugt gehaltenem Daumen mehr nach dem Dorsum, bei Fingerstreckung nach der Vola zu gelegen ist. Als Therapie wird Fixation des Daumens in Streck- und Abduktionsstellung auf einer an der Vola manus angebrachten Schiene empfohlen. **Jenckel** (Göttingen).

---

9) **K. Vogel.** Zur Pathologie und Therapie der Luxatio coxae congenita.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 222.)

Durch seinen zu frühen Tod wurde Schede verhindert, selbst über die von ihm in letzter Zeit auf dem Gebiete der angeborenen Hüftverrenkung geleistete Arbeit eingehend zu berichten. Die vorliegende Schrift seines früheren Assistenten am St. Johanneshospital zu Bonn dient dem Zwecke, dieses nachzuholen.

In der im Jahre 1898 erschienenen Veröffentlichung von Petersen (vgl. d. Bl. 1899 p. 709) ist über die bis zu jenem Zeitpunkte von Schede erreichten therapeutischen Erfolge eingehend berichtet. Seitdem ist Schede auf Grund gewonnener klarerer und vollständigerer Erkenntnis über die anatomischen Verhältnisse am Schenkelhalse bei der Difformität zu neuen wichtigen therapeutischen

Grundsätzen gelangt, deren Durchführung zu einer wesentlichen Besserung der Endresultate geführt hat. Schede selbst hat 1890 den Kernpunkt der Sache in den »Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen« dargelegt. Er wies nach, daß in den weitaus meisten Fällen das größte Hindernis für die Reposition, resp. besonders für die Retention des Gelenkkopfes in der Pfanne die Anteversion des Schenkelhalses nach vorn, die Sagittalstellung desselben ist. Es handelt sich also um eine Torsion des Schenkels um seine Längsachse, derart, daß das obere Stück mehr oder weniger stärker medialwärts gedreht ist als das untere; steht unter diesen Umständen der Kopf in der Pfanne und der Trochanter nach außen, dann steht das Knieende des Femur abnorm nach innen rotiert. Zur Korrektur bedarf es also gleichfalls einer Rückdrehung des unteren Femurendes nach außen. Die Lösung dieser Aufgabe hat Schede durch Osteotomie des Femurschaftes geleistet: der Schenkelkopf, in richtiger Lage in die Pfanne gestellt, wird hier durch einen eingeschlagenen goldenen Nagel fixiert, unten wird der Schenkel lineär osteotomiert, der untere Beinteil in richtige Stellung nach außen umgedreht und im Gipsverbande zur Konsolidation gebracht.

Die Veröffentlichung der mit diesem Verfahren erreichten Resultate ist als der wesentlichste Teil der V.'schen Arbeit anzusehen. V. geht dabei genauer nur auf die im Johannes-Hospital behandelten Fälle ein. Seit dem 1. Oktober 1898, d. h. seit dem Ausbau der Methode, gelangten 49 Kinder im Alter von $^3/_4$ bis 13 Jahren mit 66 Gelenken zur Behandlung. 11 Kinder scheiden von der Rechnung aus, teils weil sie überall sich zur Behandlung nicht eigneten, teils weil sie dieser vorzeitig entzogen sind usw. An den übrigen 38 Kindern ist 34 mal die Osteotomie und Nagelung in typischer Weise ausgeführt worden, und zwar 14 mal einseitig, 10 mal doppelseitig. (Von den Pat. sind also 63%, von den Gelenken 68% osteotomiert.) Resultat: 36 Gelenke (72%) sind reponiert, 14 Gelenke (28%) sind transponiert. Wie überhaupt Schede's Resultate bei Behandlung des Leidens stetig besser geworden sind, lehrt eine interessante Zusammenstellung, wo alle Fälle von 1895 an in Gruppen von je 50 auf das Frequenzverhältnis der erzielten Reposition bezw. Transposition miteinander verglichen sind. Es fanden sich in

Fall			
1—50	: 20% Repositionen,	80% Transpositionen,
50—100	: 6 % »	94% »
100—150	: 45% »	55% »
150—225	: 54% »	46% »

Auf den spezielleren Inhalt der Arbeit näher einzugehen, ist untunlich, doch sei besonders auf die Röntgenbilder, welche die Diagnose der Schenkelhalsanteversion erläutern, hingewiesen. Um dieselbe nachzuweisen, bedarf es einer zweimaligen Aufnahme des Beines, das erstemal in gewöhnlicher Beinhaltung, sodann in einwärts rotierter Stellung. Das erstemal erscheint der sagittal gestellte Schenkelhals der perspektivischen Verkürzung wegen nicht

auf dem Bilde, das zweitemal ist er transversal gestellt und in ganzer Länge wiedergegeben zu sehen. Im übrigen ist hervorzuheben, daß V. auf Grund des reichen von ihm mit beobachteten und behandelten Materiales eine Fülle von interessanten Daten und Erfahrungen sowohl theoretischer Natur, die Ätiologie, pathologische Anatomie und Diagnose des Leidens betreffend, als auch namentlich bezüglich der spezialistisch-orthopädischen Behandlung bietet.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

10) **Zoppi.** Della cosidetta pseudoartrosi flottante dell' anca consecutivo ad una coxite acuta osteomielitica.

(Arch. di. ortoped. 1903. Nr. 5.)

Infolge von Osteomyelitis des Schenkelhalses mit Pyarthros kommt es bei Kindern der ersten Monate zur Lösung der Epiphyse und vollkommener Aufzehrung des Schenkelkopfes. Nach Inzision des Abszesses tritt Heilung ein, später aber, wenn die Kinder auftreten, zeigt sich ein Schlottergelenk, welches in seinen äußeren Symptomen sehr der angeborenen Hüftverrenkung gleicht und leicht mit ihr verwechselt werden kann. Die genauere, besonders die skiagraphische Untersuchung zeigt aber, daß der Kopf und zum größten Teil der Hals gänzlich fehlt.

Z. teilt 4 Fälle mit. In einem bestand zugleich auf der anderen Seite angeborene Verrenkung; daher auch die der Schlottergelenke zuerst dafür gehalten wurde. Am oberen Pfannenrande befanden sich Knochenneubildungen. In keinem Falle wurde eine spezielle Kur eingeleitet. Die Affektion wurde von Menard schlotternde Pseudarthrose genannt, Z. schlägt dafür schlotternde Nearthrose vor.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

11) **Quénu.** Fracture de la rotule. De la suture transversale de la rotule et de l'hémie-cerclage.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 242.)

Q. verglich durch Leichenexperimente die Festigkeit der meist geübten Drahtnaht und der »Cerclage« bei Behandlung der Querbrüche der Kniescheiben. Die durch 2 Silberdrahtnähte bewirkte Vereinigung der Bruchstücke widerstand bis zu einer Belastung von 40 Kilo, bei einer höheren wichen die Fragmente langsam auseinander. Nach der Cerclage kam es schon bei einem Zuge von 3 kg zum Klaffen der Fraktur an der Vorderseite, bei einer Belastung von 6 Kilo zu einem Auseinanderweichen um 5 mm, bei einer solchen von 40 Kilo um 15 mm. Die gewöhnliche Drahtnaht erzwingt demnach sicherer die Koaptation der Fragmente und empfiehlt sich daher namentlich den Chirurgen, die ihre Pat. schon früh, d. h. vom 8. bis 10. Tage an wollen laufen lassen. (Q. selbst läßt sie erst am 24. oder 25. Tage aufstehen.) Freilich haben beide Methoden ihre besonderen Indikationen, indem die Cerclage für

Fälle mit mehreren bezw. vielen Bruchstücken, die gewöhnlich Naht für die anderen Fälle paßt.

Soll durch die Knochennaht eine möglichst exakte Vereinigung der Bruchstücke erzielt werden, so müssen die für Durchführung der Metallnähte dienenden Bohrlöcher einander genau entsprechen; was schwer ist. Zur Erleichterung der Naht ersann Q. statt der Längs- die Quernaht. Er durchbohrt beide Bruchstücke parallel der Bruchlinie etwa 1/2 cm entfernt von ihr quer von außen nach innen, zieht einen Metalldraht durch beide Kanäle und dreht ihn an der Seitenkante der Kniescheibe zusammen. Diese Naht widerstand einem Zuge bis 10 Kilo, leistet also mehr wie die Cerclage und reicht für die gewöhnlichen Verhältnisse aus; natürlich müssen frühzeitige Beugungen des Knies vermieden werden.

Für die Fälle, in denen das eine Bruchstück groß, das andere nur klein oder das eine nochmals in mehrere Stücke gebrochen ist, rät Q. die »Hemicerclage«, d. h. er durchbohrt das größere Fragment quer und führt den durch diesen Kanal gezogenen Draht dicht um die anderen Bruchstücke mit querer Durchstechung der Quadricepssehne bezw. des Ligamentum patellae herum und dreht ihn am Seitenrande fest zusammen. Er erzielte hiermit bei einer 63jährigen Frau eine sehr gute Vereinigung.

In der Diskussion hebt Lejars namentlich den Wert einer gleichzeitigen exakten Vereinigung des mitzerrissenen Kapselbandapparates hervor, mag man nun direkt Knochennaht oder Cerclage anwenden. Den gleichen Punkt betont Reynier, der aus Besorgnis, einen fremden Körper im Gelenk zurückzulassen, die Fragmente nur mit Catgutnähten fixiert, dafür aber den Reservestreckapparat und Periostüberzug der Kniescheibe sehr sorgfältig durch Catgutnaht vereinigt; ein Verfahren, das auch Bazy neuerdings fast regelmäßig allein anwendet. — Lucas-Championnière hält auf Grund seiner reichen Erfahrung an der alten Silberdraht-Knochennaht fest; den Hauptwert legt er aber auf zwei Momente: 1) strenge Antisepsis, nicht Asepsis, 2) frühe Mobilisation; mit dieser beginnt er schon am 4. Tage und läßt die Operierten regelmäßig schon vom 10.—18. Tage ab umhergehen, warnt freilich vor vorzeitigen forcierten Flexionsbewegungen. Hierin folgt ihm auch Lejars, während Berger, Schwartz Reynier, Quénu ihre Kranken erst nach ca. 3 Wochen das Bett verlassen lassen. **Reichel** (Chemnitz).

---

12) Dietel. Die Bildung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Deckung der Tibiasägefläche mit der Achillessehne.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 515.)

Auf direkte Anregung des Herrn Privatdozenten Dr. Wilms (vgl. d. Bl. 1902 p. 721) hat D. in der Leipziger Klinik 4mal bei tiefen Unterschenkelamputationen einen entsprechend lang gelassenen Stumpf der Achillessehne auf der Tibiafläche vernäht. Nach sorg-

fältiger Nachbehandlung gemäß den Prinzipien von Hirsch, Massage des Stumpfes, Schläge gegen denselben, Tretübungen mit ihm, wurde durchgängig ein so schöner, tragfähiger Stumpf erzielt, daß D. diese Methode allgemeiner Nachahmung empfiehlt.

Vor der Osteoplastik nach Bier hat die Benutzung der Achillessehne zur Stumpfdeckung den Vorzug ungleich leichterer Technik. Dieselbe ist übrigens, wie nachträglich sich ergeben hat, schon 1877 von Marcellin Duval und Laborie ausgeführt. Man soll die Sehne so tief unten wie möglich ablösen und sie nach ihrer Überklappung über den Tibiastumpf sorgfältig an das Periost der Tibiavorderfläche und an der angrenzenden Streckmuskulatur bezw. den Stümpfen der Strecksehnen annähen. Einer Abschrägung der vorderen scharfen Schienbeinkante bedarf es nicht. Dagegen empfiehlt es sich, die Fibula 2 cm höher als die Tibia abzutragen. Bei Formierung der Hautlappen bedarf es einer besonderen Rücksichtnahme darauf, daß keine Narben auf die Stumpffläche kommen, nicht, da die Interposition der Sehne zwischen Knochenstumpf und Hautdecke genügt, jene Schmerzhaftigkeit zu verhüten. Die Heranziehung der Sehne zur Stumpfdeckung wird auch bei höheren Amputationen gut angängig sein, da auf starke Retraktion derselben durch Muskelwirkung zu rechnen ist. Für die ersten Gehübungen erhalten die Kranken einfache Hülsen aus Holz oder Gips usw., in denen sie direkt mit ihrem etwas mit Filz gedeckten Stumpfe aufzutreten haben.

Die Krankengeschichten der vier Fälle D.'s werden unter Beigabe von Röntgenbildern der Stümpfe nach Jahr und Tag, die sehr gut aussehen, berichtet. Das Resultat war stets nach Wunsch. D. empfiehlt, das Prinzip der geübten Methode, Einlegung einer Sehne, auch auf andere Amputationen zu übertragen. So ist bei Oberschenkelamputationen die Quadricepssehne, bei Fingeramputation die Beugesehne in Leipzig entsprechend verwertet worden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **A. H. Ohmann-Dumesnil.** A good method of treading chronic ulcus cruris.

(St. Louis med. and surg. journ. 1903. Dezember.)

Der großen Zahl der Behandlungsmethoden des Beingeschwüres fügt Verf. eine weitere hinzu, die mit Ausnahme des krebsigen Geschwüres alle anderen Formen rasch zur Heilung gebracht hat. Dieselbe besteht in Auskratzung und Abtragen der aufgeworfenen Ränder, Blutstillung durch Kompression mittels Gazebausches, Auflegen von Gaze, die mit Bovinin durchtränkt ist, zirkulärem Verband. Die mit Bovinin durchtränkte Gaze wird in den ersten Tagen bis zu dreimal täglich erneuert. Es bilden sich in kurzer Zeit gute Granulationen, und die Überhäutung findet rasch statt.

Grosse (Kassel).

---

14) **J. Bogdanik.** Die Resektion des Sprunggelenkes nach eigener Methode.

(Wiener med. Presse 1904. Nr. 9.)

Verf. macht nochmals auf seine neue Schnittmethode zur Resektion des Sprung- und Fersenbeines aufmerksam, die er bereits 1892 im Zentralblatt für Chirurgie veröffentlicht hat. Die Schnittführung hat den Vorteil, daß dabei keine größeren Gefäße, Sehnen oder Nerven verletzt wurden; Verf. beschränkte sich dabei ursprünglich nur auf Erkrankungen des Talus und Calcaneus; mit der Zeit aber hat er das Operationsfeld von diesem Schnitt aus bedeutend erweitert. Wenn man nach Durchsägung des Fersenbeines den Schnitt beiderseits dem Rande der Fußsohle entlang verlängert und die Gelenkkapsel zwischen Talus und Calcaneus durchtrennt, gelangt man leicht zu den kleinen Fußknochen. Krankheitsherde in diesen Knochen lassen sich leicht mit dem scharfen Löffel auskratzen, die ganzen erkrankten Knochen entfernen und die dazwischen lagernden tuberkulösen Granulationen unter möglichster Schonung der Gefäße, Sehnen und Nerven beseitigen. Wenn man den Schnitt beiderseits neben der Achillessehne nach oben verlängert, hat man einen guten Zutritt zum Sprunggelenk. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

15) **R. Williams.** Subungual exostosis.

(Bristol medico-chir. journal 1904. März.)

Von 111 von Verf. beobachteten Exostosen saßen 35, also mehr als $^1/_3$, subungual, und zwar mit Ausnahme eines einzigen Falles sämtlich an der Endphalanx der großen Zehe. Diese kleinen Auswüchse an der medialen Seite der Phalanx erscheinen als eine Art von Abzweigung derselben. Sie sind zunächst knorpelig, und ihre Verknöcherung geht von einem einzigen Kern aus. Eine gründliche Entfernung samt der Matrix erfordert, daß, die Endphalanx ausgenommen, das Gelenkende mit fortgenommen wird; andernfalls kann die Exostose mehrfach rezidivieren. Sarkomatöse Entartung kommt nur sehr ausnahmsweise vor.

Genetisch weist der konstante Sitz und die Struktur der Geschwulst auf eine Entwicklungsanomalie hin, ähnlich den überzähligen Fingern und Zehen. Wahrscheinlich handelt es sich um ein Rudiment des uns verloren gegangenen Prähallux (Wiedersheim), womit übereinstimmen würde, daß Zehenanomalien per excessum am häufigsten an der großen Zehe beobachtet werden.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Aus der chirurgischen Abteilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses. — Chefarzt Dr. med. A. v. Bergmann.)

Ein Fall von Herznaht.

Von

Dr. A. Vogel.

R. W., 16 Jahre alt, wird am 27. November 1903 eine Stunde nach der Verletzung mit einer Stichwunde in der Brust ins Krankenhaus eingeliefert.

Allgemeinzustand stark alteriert. Hochgradige Anämie. Keine Cyanose. Puls 104, klein, regelmäßig. Respiration ruhig. Linksseitiger Pneumothorax. Herzdämpfung verbreitert bis zum unteren Rande der 3. Rippe und bis zum rechten Sternalrande. Spitzenstoß im 5. Interkostalraum in der Mammillarlinie. Herztöne rein. Im linken 4. Interkostalraume parasternal eine 3 cm lange Wunde. Auf Grund des Befundes wird eine Herzverletzung angenommen und sofort von mir die Operation vorgenommen.

Chloroformnarkose. Gleich zu Anfang derselben eine schwere Asphyxie. Resektion des 4. und 5. Rippenknorpels. In der Pleura und dem Perikard eine ziemlich große, stark blutende Wunde. Das Loch im Perikard wird erweitert und eine Handvoll Blutkoagula entfernt, worauf Puls und Aussehen des Pat. sich bessern. Im rechten Ventrikel parasternal eine $1^1/_2$—2 cm lange, quere Wunde, aus der während der Diastole ein Blutstrahl schießt. Fünf Seidenknopfnähte. Naht des Perikardium und der Pleura. Tamponade bis auf die Pleura und das Perikard. Verkleinerung der Wunde durch einige tiefgreifende Nähte. Resektion der linken 8. Rippe in der Scapularlinie und Entfernung der Blutgerinnsel aus der Pleura. Drainage.

Gleich nach der Operation geht der Puls stark in die Höhe und steigt die Temperatur bis 39°. Anhaltende große Unruhe und Atembeschwerden. Am 29. November Eröffnung des Perikards. In demselben trübes, seröses Exsudat und Fibrinauflagerungen. Herznaht nicht sichtbar. Drainage des Perikards. Vorn ist die Pleura gut verklebt. Aus dem weiteren Krankheitsverlauf ist hervorzuheben, daß das Krankheitsbild in den ersten 2 Wochen ein sehr schweres war. Pat. fieberte sehr hoch und der Puls war sehr beschleunigt, 120—130. Dann fiel die Temperatur allmählich ab, während der Puls frequent blieb. In der 2. und 4. Woche links- und rechtsseitiger Lungeninfarkt. Die Herznähte wurden entfernt.

Pat. erholte sich langsam, wurde am 8. März 1904 geheilt entlassen. Der Herz- und Lungenbefund waren normal. Der Puls gleichmäßig, regelmäßig, von guter Füllung, um 100. Es treten gar keine Beschwerden auf, selbst bei größeren körperlichen Anstrengungen. Die hintere Pleurawunde ist gut verheilt, vorn besteht noch eine $^1/_2$ cm tiefe Fistel.

Da die Kasuistik der mit Erfolg operierten Herzverletzungen eine kleine, so erscheint die Mitteilung eines jeden einschlägigen Falles geboten.

Die Frage, ob das Perikard primär genäht oder zunächst drainiert werden soll, ist einstweilen eine offene. Der vorliegende Fall spricht zu gunsten der Drainage. Ist doch in der Regel die Beschaffenheit des Messers, das der Täter führte, eine nichts weniger als aseptische, nicht selten eine grob verunreinigte.

Entwickelt sich bei primärer Naht keine Perikarditis, so ist die Entstehung von Adhäsionen zum mindesten keine kleinere als bei einem primär drainierten oder tamponierten Herzbeutel. Wie wenig derartige Verwachsungen Beschwerden zu machen brauchen, beweist der vorliegende Fall.

II.

Durch Nervenanastomose geheilte traumatische Facialislähmung[1].

Von

W. Mintz,

Chirurg am Alt-Katharinenspital zu Moskau.

Von 22 Versuchen, die Facialisparalyse durch Nervenanastomose operativ zu heilen, fielen nach Munch[2] sieben negativ aus. Unter den erfolgreichen Fällen nehmen die Resultate Kennedy's und Körte's die erste Stelle ein. Ihnen reiht sich der zu berichtende Fall als ebenbürtig an.

Einem 30jährigen Manne war bei einer Radikaloperation wegen chronischer Mittelohreiterung der Facialisstamm verletzt worden, so daß der Pat. mit kompletter linksseitiger Facialislähmung wieder aufwachte. 4 Monate später bestanden linkerseits: Verstrichensein der Stirnfalten, Lagophthalmus, Epiphora, Verstrichensein der Nasolabialfalte, Schlaffheit der gelähmten Wangenpartie, Herabhängen des Mundwinkels.

Am 28. September 1903 suchte ich von einem Schnitt am vorderen Sternocleidorande den N. accessorius linkerseits auf; desgleichen aus dem nach oben hin verlängerten Schnitte den Stamm des N. facialis da, wo er in die Parotis eintritt. Beide Nervenstämme, d. h. der für den Sternocleido bestimmte Ast des N. accessorius und der Facialisstamm, wurden quer durchtrennt und der zentrale Teil des ersteren mit dem peripheren Teile des letzteren termino-terminal vernäht. Zur bequemeren Vereinigung der Nervenenden hatte ich den hinteren Bauch des M. digastricus durchschnitten, nähte ihn jedoch alsbald wieder zusammen.

In erster Linie trat nach 2 Monaten vollkommene Schlußfähigkeit der bisher klaffenden linken Lidspalte ein. Im weiteren Verlaufe stellte sich die motorische Funktion im gesamten linksseitigen Facialisgebiete wieder her. Wenn Pat. sein linkes Auge schließt, so arbeitet gleichzeitig das ganze vom Facialis versorgte Muskelgebiet, Platysma mit inbegriffen. Der M. cucullaris kontrahiert sich nicht — es scheint also nach dieser Richtung hin eine Dissoziation im Accessoriuszentrum eingetreten zu sein. Die Verflachung der gelähmten Gesichtshälfte ist im Schwinden begriffen, und stellen sich die Gesichtsfurchen wieder her.

Oben erwähnten Ausführungen schließe ich einen von spezialistischer Seite (Dr. L. Stanilowski, Moskau) am 22. März, ca. 6 Monate p. operationem, aufgenommenen Status an:

Bei ruhigem Gesicht sind die Stirnfalten nur auf der gesunden Gesichtshälfte erhalten, linkerseits ist die Stirnhaut glatt und faltet sich nur wenig beim Runzeln der Stirn.

Die linke Augenbraue steht höher als die rechte.

Die Lidspalte ist auf der linken Seite weiter als auf der rechten. Beim Versuch, das Auge zu schließen, bemerkt man im ersten Moment ein dem Senken des oberen Lides synchrones Aufwärtsrollen des Augapfels. Alsdann tritt vollkommener Lidschluß ein.

Die Nasenspitze ist um ein Geringes nach der gesunden Seite abgewichen.

Die Nasolabialfalte ist links gegen rechts etwas verstrichen. Zeigt Pat. die Zähne, so vertieft sich die linke Nasolabialfurche, bleibt jedoch hinter der rechten zurück. Bei angestrengtem kompletten Lidschluß macht sich eine Tendenz zu

---

[1] Pat. wurde im Februar und März a. c. in der Moskauer otiatrischen und der Moskauer chirurgischen Gesellschaft vorgestellt.

[2] Semaine méd. 1904. Nr. 10.



assoziierter übermäßiger Funktion in der kranken Gesichtshälfte geltend, wobei sich die Nasolabialfurche noch mehr als beim Zeigen der Zähne vertieft.

Der Mundwinkel steht auf der linken Seite tiefer als rechts, die Mundspalte schließt jedoch genügend, sogar stärker als auf der kranken Seite (typisch für das Wiedereintreten der Kontraktionsfähigkeit in Fällen von schwerer Facialisparese). Beim Aufblasen der Backen wird die gesunde Seite stärker vorgetrieben als die gelähmt gewesene. Pfeift Pat., so verzieht sich die Mundspalte nach der kranken Seite.

Die für sekundäre übermäßige Funktion der Muskeln charakteristischen spontanen, isolierten, tieförmigen, rhythmisch wiederkehrenden Zuckungen im Gebiete der Mm. zygomatici bestehen auch hier.

Die Untersuchung der elektromotorischen Erregbarkeit ergab eine Herabsetzung derselben auf der kranken Seite, mit Ausnahme des M. orbicularis oris und M. triangularis, an denen sie im Gegenteil gegen rechts erhöht ist.

	Rechts		Links (Sitz der Lähmung)	
M. frontalis	$2^1/_2$	Milliampères	5	Milliampères
M. orbicularis oculi	3	»	4	»
M. zygomatici	$4^1/_2$	»	$7^1/_2$	»
M. orbicularis oris	5	»	4	»
M. quadratus labii inf.	$3^1/_2$	»	$6^1/_2$	»
M. triangularis	$5^1/_2$	»	$4^1/_2$	»

Auf der kranken Seite sind die Kontraktionen etwas träge, ein Überwiegen der Anode über die Kathode ist nicht zu bemerken. Reizt man den N. facialis von dem üblichen Punkt aus, d. h. von der Ohrmuschel, so werden auf der kranken Seite Kontraktionen der Gesichtsmuskeln ausgelöst, wenngleich erst bei größerer Stromstärke — 6 Milliampères gegen $3^1/_2$ Milliampères rechterseits.

An Stelle der kompletten Facialislähmung ist 6 Monate nach der Nervenanastomose eine Parese, namentlich der oberen Facialisäste, getreten mit sekundären Kontrakturen und ticartigen Krämpfen im Gebiete der Mm. zygomatici, schwach ausgeprägter Entartungsreaktion und Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit des Facialisstammes.

Ich muß bemerken, daß unter elektrischer Behandlung sich die motorische Funktion zusehends bessert.

---

16) 24. Jahresversammlung der American surgical association.

(Transact. of the amer. surg. assoc. 1903.)

(Fortsetzung aus Nr. 43 1903 dieses Zentralblattes.)

Monks (Boston): Eingehende Studie über die Bestimmung der Entfernung einer aufs Geratewohl hervorgezogenen Dünndarmschlinge von Duodenum oder Ileocoecalklappe und der Richtung der Peristaltik. Durch 180 Versuche an Leichen konnte Redner feststellen: 1) Die Gekröswurzel gibt uns einen Anhalt über die allgemeine Verteilung des Dünndarmes. Projiziert man ihren Verlauf auf die Bauchdecken und legt durch die Enden dieser Linie auf ihr senkrecht stehende, so liegt das obere Dünndarmdrittel über der oberen, das mittlere zwischen beiden, das untere unterhalb der untersten Linie. 2) Die Länge des Darmes hat mit der Lage der einzelnen Schlingen nichts zu tun. 3) Je näher dem Duodenum, desto größer der Darmdurchmesser. 4) Die Darmwand ist im oberen Teile dicker durch Kerkring'sche Falten, weiter unten wird sie dünner, aber muskelstärker, das letzte Meter ist wieder dicker durch bedeutende Verstärkung der Muskelwand. 5) Im oberen Teil ist der Darm mehr rötlich, zeigt zahlreiche, kräftige Gefäße, tiefer unten ist er grau und weniger gefäßreich. 6) Die Kerkring'schen Falten hören etwa bei 15 Fuß Entfernung vom Duodenum auf. 7) Je höher der Darmteil, um so spärlicher, kräftiger und regelmäßiger sind die Mesenterialgefäße gebildet und verteilt. Etwa 4 Fuß vom Duodenum treten »sekundäre« Gefäßbögen in überwiegender Zahl auf, im untersten Teile verwischt sich der Unterschied zwischen primären, sekundären und tertiären Bögen, die dann alle zusammen ein

Netzwerk bilden. Die »Vasa recta« sind, je höher oben, um so länger, bis zu 5 cm. 8) Das Mesenterium ist, je höher oben, um so dünner. Von besonderer Wichtigkeit sind die fettfreien Stellen zwischen den Bögen der Vasa recta (Lunetten), die oben am größten sind und bei 3 m vom Duodenum etwa aufhören. Im unteren Teile des Darmes gehen Fettzapfen auch bei mageren Individuen vom Mesenterium auf die Darmwand über. Aus der Richtung, nach welcher sich das angespannte Mesenterium stärker spannt, kann man die Nähe des oberen oder unteren Endes taxieren. 10) Die Richtung der Peristaltik findet man, indem man die Darmschlinge, nach etwaiger Richtigdrehung des Mesenteriums, der Richtung der Radix mesenterii parallel stellt. Das untere Ende ist dann das distale. Alle diese Verhältnisse haben strikte Gültigkeit nur für die Leiche, jedoch hat M. seine beim Studium dieser erworbenen Kenntnisse auch bei Operationen am Lebenden schon mehrfach gut verwenden können.

Rixford (San Francisco): Veraltete Ellbogenverrenkungen sollen blutig reponiert, nicht reseziert werden; die Ergebnisse sind in jeder Beziehung besser. Zwei Fälle.

Diskussion. Murphy (Chicago) begegnet der knöchernen Vereinigung nach Resektionen durch Einlegen von Fascienstreifen aus der Nachbarschaft des Gelenkes. Beim Hüftgelenke hat er so nach Resektion wegen Ankylose durch Einlegen eines aus der Fascia lata gebildeten Lappens sehr gute Beweglichkeit erzielt mit teilweiser Erhaltung des Kopfes.

Elliot (Neuyork) spricht über die spät nach Bauchoperationen auftretenden mechanischen Darmverschlüsse und ihre Verhütung. Sie sind alle durch Narbenstränge oder Verwachsungen entstanden, die durch möglichst reizloses Operieren, Verwendung von resorbierbarem Naht- und Unterbindungsmaterial, Bedecken freier Stellen mit Bauchfell, frühzeitiges Entfernen der Drainage zu verhüten sind. Sind zu breite Stellen von Bauchfell entblößt, so will er dünne Gummimembranen auf diese legen oder nähen. Verwachsungen können auch durch möglichst frühzeitige Erregung der Peristaltik nach der Operation, durch häufigen Lagewechsel des Kranken eingeschränkt werden. Kasuistik.

Diskussion. Birmie (Cansas City) spricht sich gegen die frühzeitige Entfernung der Drainage, als zu gefährlich, aus.

Ochsner (Chicago): Der größte Schaden bei Darmverschluß wird stets durch Darreichung von Abführmitteln und Nahrung per os vor der Operation verursacht.

Woolsey (Neuyork): Kritische Untersuchung von 101 in den letzten Jahren operierten Fällen von Hirngeschwülsten aus der Gesamtliteratur, darunter fünf eigene. Tabellarische Übersicht. Ergebnisse: 1) Operativ angreifbar waren nur Geschwülste der zugänglichsten Hirnteile, in denen sie lokalisiert werden konnten. 2) Die Prognose bei Entfernung bösartiger Hirngeschwülste ist für Dauerheilung nicht schlechter, oft sogar eher besser als bei Sitz solcher Geschwülste in anderen Körpergegenden. 3) Die Prognose hat sich mit Vervollkommnung der Operationstechnik und der Lokalisation und mit Beschränkung der Operation auf umschriebene Geschwülste gebessert. 4) Palliativoperationen sind indiziert bei nicht lokalisierbaren Geschwülsten, die sehr erhebliche Beschwerden machen. Einfache Explorativoperationen sind kontraindiziert. 5) Alle umschriebenen Geschwülste mäßiger Größe sind entfernbar. 6) Osteoplastische Operation bei möglichst schneller Ausführung ist erforderlich.

Keen und Sweet (Philadelphia) teilen einen Fall von Gehirnschuß mit, bei welchem durch Röntgenuntersuchung der Sitz des Geschosses nachgewiesen und dadurch festgestellt wurde, daß der Fall inoperabel sei.

Wharton (Philadelphia) beschreibt einen Fall von Chondrom der Lendenwirbelsäule, das mit gutem Erfolge operativ entfernt wurde.

Powers (Denver) beobachtete einen Fall von Gonokokkeninfektion des ganzen Armes, welche, vom Ellbogengelenk ausgehend, in phlegmonenähnlicher Weise sich vom Handrücken bis zur Schulter erstreckte. Zahlreiche Inzisionen waren nötig, um die zuerst vorhandene, außerordentlich starke Schwellung zu vermindern.

In dem entleerten, klaren Exsudate fand sich Gonokokkenreinkultur. Der Verlauf war äußerst langwierig.

La Garde (Washington) spricht über den Infektionsvorgang der Schußwunden. Die zahlreichen — namentlich deutschen — Arbeiten über Schußwunden scheinen ihm unbekannt zu sein.

Andrews (Chicago) teilt zwei Todesfälle infolge von Aspiration kotiger, erbrochener Massen während Ileusoperationen mit.

Powers (Denver): Bei einem wegen Halsdrüsentuberkulose Operierten traten während der Operation und nachher schwere Symptome von Vagusreizung auf, die erst etwa 1 Jahr später nach Entfernung eines Unterbindungsfadens schwanden. Druck auf die Narbe löste allerdings auch dann noch Husten aus. Wahrscheinlich war der Vagus durch die Fadenschlinge mitgefaßt.

Buuts (Cleveland): Lähmungen infolge Nervenverletzung im Schultergebiet entstehen hauptsächlich durch Schädigung des N. axillaris, Thoracicus longus und Suprascapularis. B. teilt eine Anzahl Fälle der Art aus der Literatur und selbstbeobachtete mit, die für jeden Nerven übersichtlich tabellarisch zusammengestellt sind.

Ransohoff und Phelps (Cincinnati): Bei der Trepanation zur Entfernung einer Geschwulst der linken motorischen Region trat während der Durchschneidung des Knochens mit der Sudeck'schen Trephine eine außerordentlich heftige Blutung aus dem Knochen auf, welcher die Pat. in wenigen Minuten erlag. Die Sektion ergab außerordentliche Vergrößerung der linksseitigen Venae diploicae, die durch die vordere Diploevene der Schläfe mit denen der Dura kommunizieren. Durch die Geschwulst war der Abfluß aus dem Sinus longitudinalis superior behindert, und es hatte sich durch die erwähnten Gefäße der Kollateralkreislauf hergestellt.

Martin und Pennington (Philadelphia): Am lebenden Hundeherzen stellten sie die Blutdruck erhöhende und kräftige Herzkontraktionen auslösende Kraft des Adrenalins fest. In sechs Fällen schwersten Choks beim Menschen wandten sie subkutane Injektionen von Adrenalin, stark verdünnt mit Normalsalzlösung, an und konnten jedesmal Erhöhung des Blutdruckes und kräftigere Herzkontraktionen feststellen. Es soll stets in starker Verdünnung gegeben werden, nicht stärker als 1 : 10000, wegen der Gefahr lokaler Ischämie; jedoch kann die Menge viel größer sein, als sie bisher verwandt wurde. Verff. raten, mit 10 ccm der gewöhnlichen Lösung (1 : 1000) anzufangen. Da das Mittel sehr schnell im Körper verändert wird, sind häufige Einspritzungen nötig.

Harte und Ashhurst bringen eine ausführliche Studie über Typhusperforationen, teils nach eigenen Erfahrungen, teils nach Literatur, die von ihnen wohl ziemlich lückenlos angeführt sein dürfte: 362 Literaturnachweise operierter Perforationen! Nach ihrer Ansicht sollte jede Typhusperforation chirurgisch behandelt werden; bei sehr schwachen Pat. läßt sich durch Analeptika häufig noch ein entsprechender Zustand herstellen. Nähere Angaben über ihr Operationsverfahren, ausführliche Tabellen über alle in Betracht kommenden Umstände sind beigefügt. **Trapp** (Bückeburg).

17) **Betaghi.** Igroma della bursa subserrata.

(Policlinico. Ser. chir. 1903. Nr. 12.)

Kolossales Hygrom am rechten Schulterblattwinkel bei einem 33jährigen Bauer, ausgehend von der Bursa subserrata, spontan entstanden, nur durch seine Größe behindernd. Krepitation findet sich nirgends. Subscapuläres krepitierendes Geräusch ist nämlich öfters auf Hygrombildung geschoben worden. In einem derartigen Falle, über welchen B. berichtet, fand sich zwischen den Ansätzen des Serratus nur reichliche Bindegewebs- und Fettanhäufung, welche vielleicht zu dem Phänomen Veranlassung gab. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

18) **R. A. Hibles** und **H. Correll-Loewenstein.** Ein Fall von angeborenem Hochstand des Schulterblattes und eine Zusammenstellung und Klassifikation der bisher veröffentlichten Fälle.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 1.)

Verff. berichten über einen Pat., dessen linkes Schulterblatt 10 cm höher steht als das rechte. Beim Abtasten findet man, daß das linke Schulterblatt in dieser höheren Lage durch eine dreieckige Knochenspange fixiert gehalten wird, die sich bei genauer Untersuchung mit Röntgenstrahlen als ein knöcherner Fortsatz des Schulterblattes nach oben hin erweist, dessen Spitze mit der Basis des Dornfortsatzes des 7. Halswirbels artikuliert.

Was die Ätiologie anlangt, so sind Verff. der Ansicht, daß es sich hier um eine anormale Entwicklung der Epiphyse des vertebralen Schulterblattrandes handelt (Suprascapula), also um einen Rückschritt zu einer früheren Entwicklungsstufe, zumal da sich noch andere Degenerationsmerkmale, Herzfehler, Plattfüße usw., vorfinden. (Diese Deformation ist wahrscheinlich in der 6. oder 7. Woche des Fötallebens entstanden.)

An der Hand der bisher veröffentlichten 64 Fälle stellen Verff. folgende Klassifikation auf:

Klasse I, Fälle mit einer knöchernen Brücke zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule.

Klasse II, Fälle mit dem vollständigen Ausfall eines oder mehrerer Muskeln aus dem Schultergürtel.

Klasse III, Fälle mit einem langen, übergebogenen supraspinalen Teile der Scapula, und

Klasse IV, Fälle ohne knöchernen Auswuchs, mit normalem oder verkleinertem Schulterblatte, mit verkürzten oder anderweitig defekten Muskeln.

Während die drei ersten Klassen in ihren anatomischen Verhältnissen wohl charakterisiert sind, so daß ihr kongenitaler Ursprung über allen Zweifel erhaben steht, stellt die vierte Klasse verschiedene Krankheitsbilder dar, die aber bis jetzt noch nicht eingehend genug studiert sind. In einer Reihe von Fällen wird man den Schulterblatthochstand sich im Anschluß an eine alte Polyomyelitis, Zerebralparalyse, intra-uterine Rachitis usw. entstanden denken müssen.

Hartmann (Kassel).

19) **A. Post** (Boston). Multiple angiomata.

(Journ. of cutan. diseases 1903. November.)

P. berichtet von einem 16jährigen Mädchen, welches zahlreiche Angiome an dem rechten Arme, heraufreichend bis zum Brustbeine, besonders jedoch an der Hand, aufwies. Eine teilweise Inzision und Exzision der dilatierten Gefäße hatte wenig Erfolg, denn bereits nach 8 Tagen zeigten sich an anderen Armgefäßen Dilatationen, und trotz der Anwendung des Thermokauter rezidivierten die Angiome und es bildete sich allmählich ein Zustand aus, wie er vor der Operation gewesen war. **Urban** (Breslau).

20) **J. Bayer.** Über Spiralbrüche an der oberen Extremität.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 204.)

Eine Berichterstattung aus dem Materiale des Kölner Bürgerhospitales vom 1. Januar 1900 bis Ende März 1903. Es fanden sich bei einer Gesamtzahl von 2332 Knochenbrüchen auf 178 Oberarm- und 401 Vorderarmbrüche je 8 spiralige. Im Vergleiche mit den Unterextremitäten sind die Oberextremitäten ungleich seltener dem Spiralbruch unterworfen (Unterschenkel 15,1%; Oberschenkel 9,8%; Oberarm 4,5%; Vorderarmknochen nur 1,9% relative Häufigkeit). An der Unterextremität wirkt die Torsionsgewalt meist bei fixiertem peripheren Gliedende (Fuß) und führt durch Drehschwung des Oberkörpers zum Spiralbruch; an der Oberextremität muß zu gleichem Resultate die Drehgewalt meist peripher ansetzen,

wobei dann die Hand einen ungleich schlechteren Drehhebel abgibt als der Fuß, schon weil sie meist in gleicher Längsachse mit dem Vorderarme steht. Ist die drehende Gewalt einmal gegeben, so können trotzdem die Knochen durch bewegliches Ausweichen in den Gelenken sich oft ihrer Einwirkung entziehen, namentlich in den Hand- und Ellbogengelenken, und auch im Schultergelenke kommen wohl eher Distorsionen und Verrenkungen zustande als Spiralbrüche des Oberarmschaftes, für deren Entstehen eine energische Feststellung des Armes an das Schulterblatt mittels starker Muskelaktion die Conditio sine qua non ist.

Die Kölner Beobachtungen werden im einzelnen mittels kurzer, den Mechanismus der Bruchentstehung tunlichst aufklärender Krankengeschichten unter Beigabe der zugehörigen Röntgenbilder mitgeteilt. Wir finden 1) vier Fälle von Spiralbruch am Handskelett, einzelne Phalangen bezw. Metakarpalknochen betreffend. Der Mechanismus dieser Frakturen blieb ziemlich dunkel, jedenfalls aber beweisen die Beobachtungen, daß auch an diesen Knochen der Spiralbruch häufiger ist, als bislang bekannt war. 2) Spiralbruch der Vorderarmknochen betraf fünfmal den Radius, dreimal die Ulna. Die häufigere Affektion des Radius führt B. darauf zurück, daß dieser Knochen direkt mit zwei Karpalknochen (Kahnbein und Mondbein) artikuliert, während zwischen Ulna und Carpus die Handgelenkbandscheibe liegt. Rotationen an der Hand werden sich folglich am meisten auf den Radius fortsetzen. 3) Bei den Spiralbrüchen des Oberarmes ergibt sich hinsichtlich der Windungsrichtung der Bruchlinien eine sehr interessante Analogie mit den Frakturen der Untererextremität. Es zeigt sich nämlich auch am Oberarme wie an den Knochen des Beines, daß die Bruchspirale auf der rechten Körperseite der Regel nach linksgewindig, auf der linken Körperseite rechtsgewindig verläuft, was mechanisch immer auf eine Verdrehung der Glieder nach außen herum zu beziehen ist. Die Erklärung ist sehr einfach. Wird der Humerus nach innen torquiert, so wird durch sein Anstoßen an den Rumpf der Drehung sehr bald eine Grenze gesetzt und damit die Entstehung des Spiralbruches verhütet, während bei Drehung nach außen eine gleiche Hemmung nicht in Kraft tritt. Anamnestisch ist am interessantesten ein Fall, einen Matrosen betreffend, welcher lediglich durch Muskelaktion seinen Spiralbruch dadurch erwarb, daß er ein dickes Schiffstau aufdrehte. Der Fall ist ein Analogon des von Malgaigne beschriebenen indirekten Oberarmbruches, welcher bei der Kraftprobe entsteht, bei der die Gegner sich die Hände verhaken und sich gegenseitig die Arme nach außen zu drehen suchen. Auch bei diesen Bruchformen hat Bardenheuer permanente Extension meist mit Hilfe von Schienen mit bestem Erfolg angewendet. Zweimal mußte bei stärker dislozierten Oberarmbrüchen die Längsextension im Bett angewendet werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

21) N. Damianos. Beiträge zur operativen Behandlung der Tuberkulose des Ellbogengelenkes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 288.)

D. berichtet über die reichen Erfahrungen der Mosetig'schen Klinik auf dem Gebiete der Ellbogentuberkulose aus den Jahren 1892—1903. Mosetig's Therapie für diese Erkrankung ist fast ausschließlich operativ. Über eigene Erfahrungen mit konservativen Methoden (Jodoforminjektion, künstliche Hyperämie) bringt D.'s Arbeit nichts. Die von anderen Autoren hierüber gemachten Mitteilungen werden angezogen, doch ungünstig beurteilt. D. findet die Resultate so bescheiden, daß ihm selbst in leichteren Fällen es nicht der Mühe wert erscheint, die konservative Behandlung zu versuchen. Vielmehr wird operatives Eingreifen um so besseren Erfolg versprechen, je frühzeitiger man sich dazu entschließt.

Mosetig bedient sich zur Ellbogenresektion ausschließlich des hinteren Querschnittes nach Bruns, der an der ulnaren Seitenfläche des Olecranon vertikal 4 cm emporsteigt. Quere Durchsägung der Basis des Olecranon. Aufklappung des Gelenkes. Ablösung des medialen, den N. ulnaris bergenden Weichteilpaketes vom Knochen, Exzision des Fungus überall, Resektion der Gelenkenden, Evidement tuberkulöser Fisteln und Höhlen in den Knochen, welche mit Jodoform-

plomben gefüllt werden. Zum Schluß Drahtnaht des Olecranon an den Ulnastumpf usw. In schweren Fällen, zumal bei bejahrten Pat., wird die Resektion durch die Oberarmamputation ersetzt.

Das Berichtsmaterial umfaßt 77 Resektionen und 29 Amputationen. Von den ersten starben an den Operationsfolgen, bezw. binnen eines Jahres nach der Operation 3, ein Pat. mußte nachamputiert werden; von den Amputierten starben 2. Für die Resezierten konnte in 21 Fällen das Spätresultat (nach Ablauf wenigstens eines Jahres) festgestellt werden. Es fanden sich völlig geheilt 10 Kranke, geheilt mit Fistel 4, nachamputiert 1, gestorben 6. Von sonstigen Zahlenangaben sei erwähnt, daß die relativ größte Häufigkeit des Ellbogenleidens (29—30%) auf das 16.—20. Lebensjahr entfallend gefunden wurde. Was die Funktionstüchtigkeit der resezierten Gelenke betrifft, so ergab sich folgendes:

Beobachtungsmaterial	Verwertbare Fälle	Sehr gute Beweglichkeit	Mäßig gute aktive Beweglichkeit	Ankylose	Schlottergelenk
1892—1895	19	7 (36,8%)	5 (26,3%)	7 (36,8%)	0
1896—1901	14	3 (21,4%)	7 (50%)	4 (28,6%)	0

Wahrscheinlich wird sich mit der Zeit noch bei verschiedenen Pat. die Funktion noch weiter bessern; ein Schlottergelenk ist nie konstatiert.

Die zur Sache gehörige Literatur (Verzeichnis von 39 Nummern zum Schluß der Abhandlung) ist angezogen, acht Abbildungen, bis auf eine in Röntgenbildern bestehend, sind beigefügt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

22) **Delanglade.** Suture circulaire des artères radiale et cubitale.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 401.)

D. machte die Arteriennaht in einem Falle querer Durchschneidung der Art. radialis und ulnaris einen Querfinger breit unterhalb der Bifurkation der Brachialis mit dem Erfolge, daß nach Lösung des konstringierenden Gummischlauches 1) die Naht wasserdicht hielt; 2) die im oberen Stumpfe sehr deutliche Pulsation in den unteren Stümpfen nicht fühlbar war; 3) die Blutzirkulation im ganzen Gliede sich sofort herstellte. Trotz Infektion der Wunde erfolgte Heilung.

Obwohl man auch später an der Radialis keinen Puls fühlen konnte, glaubt D. doch aus der sofortigen Herstellung der Zirkulation den Schluß ziehen zu dürfen, daß die genähten Gefäße durchgängig blieben, da der Kollaterallauf in seinem Falle auf die Radialis recurrens posterior beschränkt war.

Reichel (Chemnitz).

23) **H. Küster.** Eine eigenartige bindegewebige Neubildung der Hohlhand.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 326.)

K. beschreibt den histologischen Befund an einer Geschwulst, gänseeigroß, welche einer 50jährigen Dame aus der Hohlhand exstirpiert war. Dieselbe war binnen 4 Jahren langsam herangewachsen; seit einem Jahre war sie als fungusverdächtig angesehen; besondere Beschwerden hatte sie nicht gemacht. Der Bau der Geschwulst entsprach einem chronisch-entzündlich wuchernden Bindegewebe, sie enthielt Riesenzellen sowie Pigment und Fett führende Zellen (eine mikroskopische Abbildung). **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

24) **Teschemacher.** Über das Vorkommen der Dupuytren'schen Fingerkontraktur bei Diabetes mellitus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 14.)

T. fand die Kontraktur unter 213 Diabetikern 33mal. Er glaubt dieselbe auf gewisse trophoneurotische Störungen zurückführen zu müssen.

Borchard (Posen).



25) O. Zeller. Zur Exstirpation der Beckengeschwülste.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 538.)

Z. publiziert eine von ihm in Sonnenburg's Spitalabteilung in Berlin mit bestem Erfolg operierten Fall von Beckengeschwulst und schließt hieran eine Allgemeinbesprechung dieser Geschwülste unter Zusammenstellung der bislang publizierten Operationen zu ihrer Beseitigung.

Z.'s eigener Fall betrifft eine 38jährige Frau, bei welcher wegen einer das kleine Becken verlegenden Geschwulst zweimal der Kaiserschnitt ausgeführt war. Die mächtige Neubildung füllte das kleine Becken fast ganz aus und ragte handbreit über die Symphyse, Blase und Gebärmutter empordrängend. Sie saß mit ihrem Stiele rechts hinten der Beckenwand auf. Bauchschnitt bei Beckenhochlagerung rechts neben dem Rectus. Die rechte Tube, mit Eiter gefüllt, wird entfernt. Die Geschwulst sitzt retroperitoneal, der daumendick erweiterte Harnleiter nnd die Vasa iliaca ziehen über ihn hin. Spaltung des Bauchfelles unter Schonung dieser Teile. Die ganze Geschwulst läßt sich entblößen, ist fest, aber nicht knöchern oder knorplig, und sitzt dem Becken mittels handtellergroßen·Fußes fest an. Mit starker Schere und Meißel wird dieser ausgegraben; die zurückbleibende Knochenfläche ist glatt und fest, mit dem Löffel läßt sich nichts abkratzen — mithin war die Geschwulst periostalen Ursprunges, eine Beckenresektion nicht erforderlich. Naht des hinteren Bauchfellschlitzes, außerdem Drainage des Geschwulstbettes. Verlauf nicht ganz glatt, doch schließlich glücklich. Seit $1^1/_2$ Jahren kein Rezidiv. Die Geschwulst erwies sich als Fibro-Sarcoma-myxomatodes cysticum.

Aus dem allgemeinen Teile der Arbeit sei erwähnt, daß die gutartigen Beckenfibrome die Knochenstellen bevorzugen, wo das Periost besonders fest haftet, und die spitzen Vorsprünge, an denen Muskeln sich ansetzen. Ihnen schließen sich die knorpligen Exostosen an, die besonders in der Gegend der Synchondrosis sacroiliaca, sowie am absteigenden Schambein- und aufsteigenden Sitzbeinaste gern sitzen. Auch Osteome sind zu erwähnen. Von bösartigen Geschwülsten kommen fast ausschließlich die Sarkome in Betracht, die meist am Darm- und Kreuzbein, seltener am Scham- und Sitzbein wurzeln. Bei gutartigen Beckengeschwülsten ist die Operationsindikation beim Weibe, wegen der Gefahren, die sie für Entbindungen bringen, wesentlich dringlicher als beim Manne. Die Gefahr von Exstirpationen bei das kleine Becken verlegenden Geschwülsten ist nicht zu bedenklich, eine zu große Zurückhaltung ihnen gegenüber nicht nötig. Bösartige Geschwülste, die schon in ihrer ersten Entwicklungszeit Schmerzen zu verursachen pflegen, sollen dagegen, wenn angängig, stets, und zwar tunlichst früh, operativ vorgenommen werden. Freilich können die Schwierigkeiten der Operation höchstgradige sein und die heroischesten Eingriffe, in letzter Instanz völlige Resektion einer Beckenhälfte, erforderlich werden. Eine Reihe glänzender Operationen von Kocher, Roux, Trendelenburg u. a. sind hier vorbildlich. Die Schnittführung richtet sich nach der topographischen Lage der Geschwulst.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

26) A. Martina. Exstirpation eines Beckenmelanoms.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 582.)

Mitteilung aus der Grazer Klinik. 52jähriger Mann, dem vor 2 Jahren wegen einer kleinen pigmentierten Warze an der Vorhaut letztere entfernt worden war. Seitdem leidet Pat. auch an katarrhalischen Lungenerscheinungen mit zeitweise blutigem Auswurfe. 3 Monate vor der Spitalaufnahme wurde eine faustgroße Geschwulst am rechten Darmbeinteller bemerkt. Eine Punktion und Inzision hatte starke, schwer stillbare Blutung zur Folge. 4 Tage später wurde mittels bogenförmigen Schnittes über dem Poupartschen Bande unter Rückstreifung des Bauchfelles die Geschwulst freigelegt. Sie sitzt dem Darmbeine breit und fest auf und hat dessen ganze Dicke dicht oberhalb der Hüftpfanne durchwuchert. Seine Wurzelstelle wird in Gestalt eines keilförmigen, die ganze Darmbeinschaufel ein-

nehmenden Stückes ausgemeißelt. Stillung der ziemlich starken Blutung durch Thermokauter. Kochsalzinfusion. Wundtamponade. Rasche Heilung. Doch erkrankte Pat. nach der Spitalentlassung, wie seine Angehörigen berichtet haben, sehr bald an reichlicher Expektoration, wobei auch Gewebsstücke mit Blut aufgegeben wurden. Der Urin wurde dunkel, zuletzt schwarz, rapide Abmagerung folgte, und unter Erscheinungen einer Lungenblutung trat der Tod ca. $2^1/_2$ Monate nach der letzten Operation ein.

Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergab stellenweise reichlich entwickelte Kapillaren und pigmentführende Zellen sehr verschiedenartiger Form (Chromatophoren) und neben diesem intrazellulären Pigment, welches keine Eisenreaktion gab, in geringer Menge solches zwischen den Zellen liegend und eisenhaltig, also von Hämorrhagien herrührend. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

27) **Ajevoli.** Exostosi solitario epifisiforme del pube ed ischio.
(Archivio di ortoped. 1903. Nr. 5.)

Solitäre, vom Os pubis ausgehende, in die große Labie hinein entwickelte Exostose bei einer 17jährigen Virgo. Exstirpation. Die Exostose besteht aus spongiösem Knochen und ist mit hyalinem Knorpel überzogen. Exostosen sind häufiger an der Innen- wie der Außenseite des Beckens. Aus der Literatur werden einige Fälle zusammengestellt. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

28) **P. Wiart.** Un cas de suture artérielle. Rapport par M. Delbet.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 347.)

In einem Falle von Verletzung der Art. iliaca ext. bei einer Radikaloperation einer Leistenhernie schloß W. die 4—5 mm lange Gefäßwunde durch drei feine, perforierende Seidennähte und eine darüber gelegte sorgfältige Naht der Adventitia. Die Blutung stand vollkommen. Es folgte Heilung ohne die mindesten Zirkulationsstörungen im Beine. Doch konstatierte W. $^1/_2$ Jahr später das Fehlen des Pulses in der Art. femoralis ca. 5 cm unterhalb ihres Ursprunges, während die Pulsation dicht unterhalb des Leistenbandes sehr deutlich war; es scheint also zu einem Verschluß der Art. femoralis an der Stelle ihrer Bifurkation gekommen zu sein.

Delbet will aus dieser Beobachtung nicht die Unschädlichkeit perforierender Gefäßnähte gefolgert wissen, sondern rät zur Anlegung nicht perforierender Nähte mit sorgfältiger Adventitianaht. Da aber erfahrungsgemäß es fast nie gelingt, die Nähte nicht perforierend exakt anzulegen, so stimmt er Lejars bei, daß bei Arterienwunden die Unterbindung in der Regel den Vorzug vor der Naht verdienen wird. **Reichel** (Chemnitz).

29) **H. Vulliet.** Ligature de la l'artère iliaque interne pour hémorrhagies secondaires de la fessière inférieure.
(Arch. internat. de chir. 1904. Vol. I. Fasc. 4.)

Durch einen Messerstich war bei einem Arbeiter die Glutaea inferior verletzt und die Blutung durch Tamponade gestillt worden. Mehrere in den nächsten Wochen nach der Verletzung auftretende Nachblutungen veranlaßten den Verf., durch Laparotomie eine Unterbindung der Hypogastrica auszuführen. Verf. glaubt, daß bei dem trostlosen Zustand, in dem sich sein Pat. befand, dieses Verfahren wegen seiner schnellen Ausführbarkeit vor dem sonst üblichen extraperitonealen den Vorzug verdiene.

Erhebliche motorische und sensible Störungen im Gebiete des wahrscheinlich ebenfalls durch den Stich verletzten Ischiadicus gingen im Verlaufe der nächsten Monate fast vollkommen zurück. **Engelmann** (Dortmund).

30) **L. Freund.** Über radiographische Befunde beim intermittierenden Hinken.
(Wiener med. Presse 1904. Nr. 13.)

Verf. berichtet über drei Kranke mit typisch ausgebildetem intermittierendem Hinken; die genaue klinische Untersuchung ließ keinerlei Anomalien der Sensi-

bilität, Motilität, der Muskelernährung, der Gelenke und der Reflexe finden. In allen drei Fällen betrafen die Gefäßveränderungen offenbar bloß die distalen Endäste; denn sowohl in der Femoralis, als auch in der Poplitaea eines jeden dieser Kranken ließ sich deutliche Pulsation nachweisen. Während in den beiden Fällen, in denen als Grundkrankheit eine Endarteriitis luetica obliterans, resp. eine beginnende einfache Arteriosklerose zugrunde lag, die skiagraphische Untersuchung resultatlos war, fanden sich in dem Falle mit ausgebildeter Arteriosklerose ganz deutlich und scharf ausgeprägte Schattenbilder, entsprechend dem Verlaufe der Art. tibialis postica und Art. dorsal. pedis. Aus der Besichtigung der einen Platte ließ sich ganz deutlich entnehmen, daß es sich um Kalkeinlagerungen in die Gefäßwand handelte. **Paul Wagner** (Leipzig).

31) **J. Arregger.** Beitrag zur Kenntnis der zentralen Luxation des Oberschenkels im Hüftgelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 487.)

32) **Wilms.** Zentrale Luxation des Schenkelkopfes.

(Ibid. p. 603.)

Beide Arbeiten bringen neue einschlägige Beobachtungen, in denen wieder das Röntgenverfahren seine Vorzüge glänzend bewährt hat, und zwar A. einen, W. nicht weniger als vier Fälle. A. gibt außerdem eine Zusammenstellung der bisherigen 23 Veröffentlichungen früherer Beobachtungen.

A.'s Kranker, 44 Jahre alt, war durch Herunterschleudern vom Wagen verunglückt. Die Verletzung der rechten Hüftgegend kennzeichnete sich durch Schwellung der Gegend am Poupart'schen Bande bis zum Trochanter und Tuber isch. Schwellung durch Bluterguß an der Ileocoecalgegend. Druck auf den Trochanter sehr schmerzhaft, durch den Mastdarm starke Vorwölbung in die rechte Beckenhälfte tastbar. Das gestreckte, leicht auswärts rotierte Bein ist $1^1/_2$ cm verkürzt, außerdem beträgt die Entfernung vom Trochanter zur Symphyse auf der verletzten Seite nur 16 cm, auf der gesunden $21^1/_2$ cm. Röntgen zeigt den unteren Sitzbeinast dicht vor dem Tuber isch. mit unbedeutender Dislokation gebrochen; der aufsteigende Ast ist am Übergang in die Pfanne aus seinem Zusammenhange mit demselben herausgesprengt und wird durch den Oberschenkelkopf gegen die Beckenhöhlung hineingedrängt.

Der Fall nahm unter zunächst abwartend-symptomatischer Behandlung, später unter Massage und Übungen einen guten Verlauf. Bei der Spitalentlassung mit Krücken gehfähig, ging Pat. ein Jahr später ohne Stütze und kann bis 4 Stunden lang marschieren.

A. gibt an der Hand des eigenen und der von ihm aus der Literatur gesammelten Fälle eine Allgemeinbesprechung der Verletzung. Nach den vorliegenden Erfahrungen ist dieselbe allerernstester Natur, da von 23 sicheren Fällen 16 tödlich endeten. Diagnostisch hebt A. die von ihm zuerst nachgewiesene Verkürzung des Abstandes zwischen Trochanter und Symphyse hervor. Ihre Bedeutung leuchtet von selbst ein.

Von den Beobachtungen von W. betreffen Fall 1 und 2 Verrenkungen, wo ohne Verletzung des Beckenringes der Schenkelkopf einfach die Pfanne durchbohrt hat und ins Becken gedrungen ist. Die Kranken kamen erst 8 Wochen, bezw. 7 Monate nach dem Unfalle mit Auswärtsrotation und Verkürzung des Beines, sowie Beweglichkeitsstörungen der Hüfte zur Untersuchung. Bei beiden war Resistenz im Becken, dem luxierten Kopf entsprechend, fühlbar. In Fall 1 konnte der Kopf gelöst und reponiert werden, doch entzog sich Pat. der nötigen Nachbehandlung.

Bei Fall 3 und 4 ist die Schenkelverrenkung durch einen Stückbruch des Beckenringes bewirkt. Herausgebrochen ist der die Pfanne tragende Teil der Beckenhälfte dergestalt, daß die Pfanne in Verbindung mit Scham- und Sitzbein ins Innere des Beckens hineingetrieben ist, während gleichzeitig eine Diastase der Symphysis pub. besteht. Dabei ist das Bruchstück um eine Achse gedreht, die

etwa durch den Sitzbeinhöcker und das Foramen obturatorium geht. In Fall 4 konnte das 18jährige Mädchen ein Jahr nach dem Unfalle sehr gut gehen, nur die Rotation war im Hüftgelenke mäßig beeinträchtigt. Bei den anderen drei Kranken ist mehr oder weniger hochgradige Fixation in der Hüfte zurückgeblieben, doch können die Leute $^1/_2$—1 Stunde ohne Stock gehen.

Die vier mit dem Leben davongekommenen Fälle W.'s sprechen dafür, daß die bislang wohl nur in den schwersten Fällen erkannte Verletzung im ganzen nicht so bösartig sein dürfte als bisher angenommen wurde. Auch wird sie sich unter Benutzung von Röntgen wohl als häufiger vorkommend erweisen, als es früher angenommen ist. Bei den Fällen, bei denen der Stückbruch des Beckens um die Pfanne nebst Diastase der Symphyse vorhanden, ist Druck auf letztere schmerzhaft, nicht aber Druck auf die Darmbeinschaufeln. Für die Behandlung empfiehlt W. bei Pfannendurchbohrung durch den Kopf statt einfacher Extension Beinfixierung mit in der Hüfte gebeugtem und etwas adduziertem Oberschenkel, wobei er sich darauf stützt, daß in Fall 1 der Kopf durch Beugung und Adduktion reponibel war. Ist aber Beckenstückbruch vorhanden, so verspricht diese Lagerung keinen Erfolg. Eine Dislokation des Beckenfragmentes müßte zu korrigieren gesucht, im übrigen Extension angelegt werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

33) **Hoeftmann.** Rechtsseitige Hüftgelenksverrenkung mit gleichzeitiger Schenkelhalsfraktur.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 9.)

Der Fall kam 10 Wochen nach dem Unfalle in Behandlung. Der Kopf war in fehlerhafter Stellung angeheilt. Reposition. Osteotomie mit dem Trochanter. Das Röntgenbild hatte anfangs nur eine einfache Verrenkung gezeigt. Erst als nach der zweiten Aufnahme die tatsächlichen Verhältnisse klar lagen, gelang auch die Reposition leicht bei starker Außenrotation — entsprechend der fehlerhaften Frakturheilung. **Borchard** (Posen).

34) **Froelich** (Nancy). Deux observations de luxation congénitale double de la hanche traitée par l'opération de Kirmisson (ostéotomie sous-trochantérienne). Rapport par M. Kirmisson.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 494.)

Beide von F. erfolgreich mittels teils schräger, teils geradliniger Durchmeißelung des Oberschenkels unterhalb des Trochanters operierten Fälle, ein 9jähriges Mädchen und einen 7jährigen Knaben betreffend, waren sehr schwere; der Gang war infolge hochgradiger Adduktionsstellung fast unmöglich; schon nach 5 bis 10 Minuten Gehens traten Schmerzen auf, die zum Ausruhen nötigten. Durch die Operation wurden Adduktion der Beine und Lordose der Wirbelsäule beseitigt und die Kinder befähigt, in guter Haltung weite Märsche zurückzulegen.

F. rät, der Osteotomie die subkutane Zerreißung der Adduktoren vorauszuschicken. Kirmisson hält das nicht für nötig und widerrät übergroße Kraftentwicklung. **Reichel** (Chemnitz).

35) **M. v. Brunn.** Über die juvenile Osteoarthritis deformans des Hüftgelenkes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XL. Hft. 3.)

Verf. berichtet aus der Tübinger chirurg. Klinik über zwei Fälle von seltener Arthritis deformans coxae des jugendlichen Alters. Im ersten Falle handelte es sich um einen 23jährigen Brauer, bei welchem der Beginn des Leidens ins 16. Lebensjahr zurückreichte; die zweite Beobachtung betraf ein 12jähriges Mädchen, welches seit 3 Jahren ihr Hüftleiden hatte.

Nach Besprechung des klinischen Bildes, der durch Röntgenbilder veranschaulichten anatomischen Verhältnisse und der in den beiden Fällen angewendeten

therapeutischen Maßnahmen entwirft Verf. unter weiterer Benutzung von vier entsprechenden Fällen der Literatur folgendes Gesamtbild des Leidens: Es gibt auch im jugendlichen Alter eine dem Malum coxae senile entsprechende Arthritis deformans coxae. Dieselbe kommt bei beiden Geschlechtern in gleicher Weise einseitig oder doppelseitig vor. Ätiologisch spielen Traumen nicht die allein ausschlaggebende Rolle, jedenfalls kommt auch eine idiopathische Form der Erkrankung vor. Die letzte Ursache der Knochenneubildung ist uns noch unbekannt. Es liegt im Wesen der Erkrankung, daß je nach der Gestaltung der Gelenkflächen die Symptome wechselnde sind. Sie können der Coxa vara sehr ähnlich werden. Von Stellungsanomalien ist die konstanteste die Außenrotation, daneben kommt aber auch Innenrotation, Abduktion und Flexion in mannigfacher Kombination vor. Die Bewegungsbeschränkungen können sehr hohe Grade erreichen. Konstant sind Ab- und Adduktion, sowie Rotation behindert, seltener die Flexion, noch seltener die Extension. Therapeutisch sollte zunächst exspektativ verfahren werden. Eine zeitweise Ruhigstellung in möglichst korrigierter Stellung kann besonders bei Reizzuständen des Gelenkes von Vorteil sein. Am wichtigsten aber sind Bewegungsübungen, die der fehlerhaften Stellung entgegenwirken. Nur im Notfalle kommt die Resektion in Frage. **Blauel** (Tübingen).

36) P. Delbet. Corps étranger articulaire d'origine traumatique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 413.)

D. entfernte eine traumatisch, durch forcierte Torsion des Unterschenkels entstandene Gelenkmaus wenige Tage nach dem Unfall aus dem Kniegelenk eines jungen Mannes; sie war 21 mm lang, 18 mm breit, 6 mm dick, zeigte an der Konvexität normalen Gelenkknorpel, an der konkaven Seite eine dünne Knochenschicht. Die Stelle, aus der das Knochenstück herausgebrochen war, kam bei der Operation nicht zu Gesicht; die Form der Gelenkmaus entsprach einem Condylus femoris. Ein direkter Stoß auf das Knie hatte bestimmt nicht stattgefunden; D. nimmt daher als Entstehungsmechanismus der Gelenkmaus an, daß die Torsion an einem bestimmten Punkt einen übergroßen Druck auf einen Condylus ausgeübt und dadurch ein Stück seiner Gelenkoberfläche herausgesprengt habe. Der Gelenkerguß bestand nicht in Blut, sondern nur in vermehrter, nur ganz wenig blutig gefärbter Synovia. **Reichel** (Chemnitz).

37) Le Clerc. Luxation du genou en dehors.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 489.)

Der 62jährige Pat. erlitt die Verletzung durch Hufschläge, welche die Innenseite des oberen Endes des Unterschenkels bei stark gebeugtem Knie trafen. Gleichzeitig war das Köpfchen des Wadenbeines gebrochen. Die Reposition gelang leicht durch einfachen Zug. **Reichel** (Chemnitz).

38) Le Fort (Lille). Anévrisme diffus du creux poplité.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 3.)

Im Anschluß an eine Schußverletzung entwickelte sich in 2 Monaten ein die Kniekehle füllendes Aneurysma, das einen Eingriff nötig machte. Nach Entfernung zahlreicher Gerinnsel zeigte sich in der Tiefe eine Öffnung, die einer Arterie angehörte. Le F. frischte ihre Ränder an und schloß sie mit fünf Catgutknopfnähten.

In 8 Tagen hatte die Geschwulst sich wieder hergestellt. Bei der zweiten Operation mußte die Kniekehle ganz ausgeräumt werden unter Opferung von Arterie und Vene. Darauf genas der Kranke.

Die Untersuchung des Präparates erwies, daß bei der ersten Operation nur die Gefäßscheide genäht, die Arterie unverschlossen geblieben war, sie außerdem noch eine zweite Öffnung gehabt hatte. Das Blut war dann zwischen Gefäßwand und -Scheide gedrungen, wodurch die zweite Geschwulst entstand.

V. E. Mertens (Breslau).

39) **K. Hugel.** Seltener Röntgenbefund.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 10.)

Fall von Knochencyste im unteren Drittel der Tibia eines 24jährigen Mannes; die auskleidende Membran war leicht abziehbar und stand in fast keinem organischen Zusammenhange mit der Knochenschale. **Kramer** (Glogau).

Die Behandlung der Lungentuberkulose mit intrapulmonalen Injektionen von Jodoformglyzerin.

(Berichtigung zu meiner Arbeit in Nr. 16, 1904 d. Bl.)

Von

*Dr. **W. Gessner** in Olvenstedt b. Magdeburg.*

Herr Dr. Lipburger-Bregenz a. B. hat, wie er mir mitteilt, beim pleuritischen Exsudat bereits im Jahre 1902 Jodoforminjektionen in die erkrankte Pleurahöhle gemacht. Die Mitteilung findet sich, wie ich aus einem mir übersandten Separatabdruck ersehe, in einem Artikel: »Über die doppelte Punktion des pleuritischen Exsudates« in dem 40. Jahresberichte des Vereins der Ärzte Vorarlbergs 1902, welcher mir früher leider nicht zugängig war. Nachdem Herr Dr. Lipburger hierin sein Verfahren der doppelten Punktion, welches in einer längeren Durchspülung der Pleurahöhle mit einer größeren Menge Salizylsäure- und Kochsalzlösung besteht, an einigen Fällen erläutert hat, beschreibt er noch folgenden Fall, bei dem er der Auswaschung der Pleurahöhle eine Jodoforminjektion hat folgen lassen.

»Kaspar St., 8 Jahre alt, wurde von Kollega Thahlmann wegen rechtsseitiger Lungenspitzenentzündung und hochgradigem, rechtsseitigen, eitrigen Pleuraexsudate mehrere Wochen schon beobachtet; die Temperatur war stets über 39°, die Abmagerung hochgradig, die Atemnot nahm immer mehr zu, weshalb ich zur Punktion zugezogen wurde. Die doppelte Punktion entleerte grauen Eiter. 5 Liter warme Kochsalzlösung wurden einfließen gelassen und dann noch 10 g steriles Jodoformöl durch die obere Kanüle eingespritzt; die abgeflossene Flüssigkeit betrug etwa 5½ Liter und erschien zuletzt beinahe klar. Das Fieber fiel ab, Pat. atmete leichter, die Urinmenge nahm zu, die Eßlust besserte sich bedeutend; nach 3 Wochen wurde, da die Temperatur wieder gestiegen war, der gleiche Eingriff wiederholt; der jetzt entleerte Eiter war heller und dünner, die abfließende Flüssigkeit zuletzt klar. Die Temperatur blieb nun unter 38°, und konnte Pat. nach 6 Wochen mit nur noch geringer Dämpfung über dem rechten Unterlappen und deutlicher Aufhellung der Lungenspitze in einen höher gelegenen Ort gebracht werden, wo er sich in einigen Monaten so erholte, daß eine Erkrankung nicht mehr nachzuweisen war.«

»Daß wir das tuberkulöse pleuritische Exsudat ebenso behandeln sollen, wie einen tuberkulösen Abszeß, erscheint mir klar; wie wir durch einfache Auswaschung eines solchen Abszesses und Injektion von Jodoform usw. gute Erfolge sehen und ähnlich die Gelenktuberkulose zur Heilung bringen, können wir erwarten, daß ein tuberkulöses Exsudat nach Durchspülen mittels doppelter Punktion und Injektion von Jodoformöl, welches dann gerade die Lungenspitze umgibt, günstig beeinflußt werde.«

Wenn ich auch unabhängig von dieser Mitteilung des Herrn Dr. Lipburger und von einem ganz anderen Ausgangspunkt aus zu demselben Verfahren bei der Pleuritis gekommen bin, so gebührt Herrn Dr. Lipburger zweifellos die Priorität in bezug auf die Jodoformbehandlung des pleuritischen Exsudates.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 23. Sonnabend, den 11. Juni. 1904.

I.

Bemerkung zu der Mitteilung: „Über Operationen unter unmittelbarer Leitung der Röntgenstrahlen" von Prof. Dr. Perthes (Leipzig).

Von

Dozent Dr. **G. Holzknecht** und Dr. **Richard L. Grünfeld** in Wien.

Die obgenannte Mitteilung leitet Herr Perthes mit folgenden Worten ein: »Das Programm des diesjährigen Kongresses der deut-

schen Gesellschaft für Chirurgie kündigt einen Vortrag von Herrn Holzknecht (Wien) an, »Über chirurgische Eingriffe bei abwechselndem Röntgen- und Tageslicht« . . .

»Das Bedürfnis für diesen Zweck, den allem Anschein nach auch Herr Holzknecht verfolgt, eine besondere Einrichtung zu treffen, ergab sich zuerst« . . .

Perthes läßt sodann das Prinzip der direkten Aufsuchung metallischer Fremdkörper bei wechselndem Tages- und Röntgenlicht, zweitens eine Einrichtung zur Ausführung, endlich eine praktische Beschreibung dieser Methode folgen.

Herr Professor Perthes hat offenbar übersehen, daß der angekündigte und durch Verhinderung des einen von uns nicht gehaltene Vortrag keine erste Mitteilung sein sollte, da demselben bereits eine vorläufige Mitteilung in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärtzte in Wien vom 26. Februar 1904 vorausgegangen war. Das ausführliche, drei Oktavseiten lange Protokoll derselben findet sich in der Wien. klin. Wchschr. Nr. 9, März 1904. Eine für die mit der Radiologie vertrauten, schon völlig verständliche, zur Ausarbeitung der Methode genügende diesbezügliche Bemerkung ist sogar schon im Protokoll der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Wiener klin. Wchschr. Nr. 12, März 1903, enthalten, während Perthes seine Versuche vom September 1903 herleitet. Zum Überflusse finden sich Details über unsere Methode, so insbesondere der diesen Zwecken adaptierte radiologische Operationstisch von Holzknecht und Robinsohn, in einer Arbeit: »Über Projektil-Extraktionen aus dem Gehirn während der Röntgendurchleuchtung. Experimentelle Studie von Holzknecht und Dömény« erschienen in der Zeitschrift für Heilkunde Heft 3, Jahrgang 1904.

Im folgenden seien beispielsweise nur zwei Stellen aus unserer oben zitierten vorläufigen Mitteilung (Februar 1904) und der Mitteilung von Perthes (Mai 1904) gegeneinander gehalten, um damit die sachliche Identität der beiden Mitteilungen zu demonstrieren:

Unsere vorläufige Mitteilung (Februar 1904):

»Dieselbe (unsere Methode) gibt die Möglichkeit, die anatomisch wie funktionell günstigste Stelle zur Inzision zu benutzen, auf dem kürzesten Wege zu dem fremden Körper zu gelangen und in jedem Momente durch einfache Umschaltung den Operationsgang zu kontrollieren.«

Perthes (Mai 1904):

»Die Möglichkeit, in jedem beliebigen Moment einer Operation eine nur kurzdauernde Röntgendurchleuchtung auszuführen, ist der mit unserer Einrichtung verfolgte und erreichte Zweck.«

Nachdem hiermit unsere Priorität in der fraglichen Angelegenheit dokumentarisch einwandsfrei erwiesen erscheint, sei uns noch gestattet, hier beizufügen, daß diese beiden in vollständiger Unabhängigkeit voneinander gewonnenen Resultate für die Methode

selbst mehr bedeuten als eine gewöhnliche Bestätigung auf Grund einer Nachprüfung. Daß diese Resultate in so gleicher Weise ausfallen mußten, rührt einfach daher, daß sowohl Perthes als wir unter ähnlichen Bedingungen arbeiten, nämlich in der Zwangslage, die literarischen Vorschläge in Einklang mit den Anforderungen der täglichen Praxis zu bringen. Aus solchen gänzlich unausgearbeiteten Vorschlägen, welche meist nicht besser als mit zufälligen Einzelbeobachtungen belegt sind, setzt sich ja leider fast die ganze radiologische Literatur zusammen.

So erfreulich und ermutigend nun diese Koinzidenz der Arbeiten für die Sache auch ist, ebenso bedauerlich erscheint uns das Übersehen unserer Publikation, und erwarten wir von Herrn Perthes eine diesbezügliche Bestätigung unserer Ausführungen.

Wien, 17. Mai 1904.

II.

Antwort auf die vorstehenden Bemerkungen von Dozent Dr. G. Holzknecht und Dr. Rich. L. Grünfeld in Wien.

Von

Prof. Dr. **Perthes.**

Aus meiner von den Herren Holzknecht und Grünfeld besprochenen Mitteilung in Nr. 18 des Zentralblattes geht bereits hervor, daß ich anerkenne, daß Herr Holzknecht die Diskussion der Frage des Operierens unter direkter Leitung der Röntgenstrahlen zuerst öffentlich angeregt hat. Er tat dies nicht nur durch seine vorläufige Mitteilung in den Sitzungsberichten der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, die ich bei der Abfassung meiner Mitteilung — 4 Wochen nach ihrem Erscheinen in der Wiener klin. Wochenschrift — noch nicht gelesen hatte, sondern nach meiner Auffassung bereits durch die schon vorher erfolgte Ankündigung seines Vortrages über »Operationen mit abwechselndem Röntgen- und Tageslicht« für den Chirurgenkongreß. Die Priorität dieser Veröffentlichung mache ich ihm nicht streitig. Jetzt aber steht die Frage zur Diskussion, und in dieser war ich berechtigt, mitzuteilen, daß ich auf getrenntem Wege das gleiche Ziel verfolgt habe, und daß meine dahingehenden Versuche im September 1903 nicht, wie Herr Holzknecht schreibt, eingeleitet wurden, sondern zu einem vorläufigen Abschluß gelangten, der nur deshalb nicht veröffentlicht wurde, weil es mir gut schien, erst zu beobachten, wie sich die getroffene Einrichtung in dem praktischen Gebrauch einer größeren Poliklinik bewährte.

Meine Mitteilung in Nr. 18 kann um so mehr so stehen bleiben wie sie ist, als die von mir getroffene Einrichtung die uns gemein-

same Idee, wie es scheint, in mancher Hinsicht anders zur Durchführung bringt, als dies von Holzknecht geschehen ist. Sie ermöglicht dem Operateur selbst, in jedem Augenblicke durch einen einfachen Druck mit dem Fuße den Wechsel zwischen Röntgenlicht und elektrischem Licht zu vollziehen und macht den Chirurgen unabhängig vom »radiologischen« Gehilfen — ein Punkt, den ich in der ausführlichen vorläufigen Mitteilung Holzknecht's[1] nicht erwähnt finde —; sie zeigt weiter, daß es möglich ist, ohne Änderung des Operationssaales, ohne verschiebbaren Röhrenwagen im Innern des Tisches und unterirdische Kabelzuführung das Gewünschte mit relativ einfachen Hilfsmitteln in jedem Röntgenraume zu erreichen. Endlich darf ich darauf hinweisen, daß die Anregung zum Operieren unter direkter Leitung der Röntgenstrahlen gegeben wurde durch meine Mitteilung über Fremdkörperpunktion. Dieses Verfahren gab mir bereits 1902 Anlaß zu Versuchen der Extraktion von Fremdkörpern mit Zuhilfenahme einer feinen Zange mit schneidenden Branchen, die unter Leitung der Röntgenstrahlen den Fremdkörper faßte. Auch Herr Holzknecht kam, wie er angibt[2], zum Operieren mit abwechselndem Röntgen- und Tageslichte durch Weiterentwicklung der Methode der »Harpunierung« der Fremdkörper, »die im Prinzipe nichts Anderes ist als die von Perthes angegebene Fremdkörperpunktion«. Wenn also der Anstoß zu den ersten Versuchen über Operationen unter direkter Leitung der Röntgenstrahlen von mir ausging, wird auch Herr Holzknecht mir die Beteiligung an der Weiterentwicklung des Verfahrens nicht verwehren wollen.

---

1) **E. Lexer.** Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie zum Gebrauche für Ärzte und Studierende. I. Band. Mit einem Vorwort von Prof. E. v. Bergmann.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1904. 388 S. 159 teils farbige Abbildungen.

Das Werk ist als Ergänzung zu dem Handbuch der praktischen Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns und v. Mikulicz-Radecki entstanden.

Der vorliegende Band beschäftigt sich im ersten Abschnitt mit der Wunde, ihrer Behandlung und Heilung, dem Verfahren der Asepsis, der allgemeinen und örtlichen Betäubung und den Grundsätzen der plastischen Operationen. Im zweiten Abschnitt geht L. auf das Wesen der Infektion, die Wundinfektionen durch Eiter- und Fäulniserreger sowie anderen Ursprunges und die chirurgischen Infektionskrankheiten ein. Diese Einteilung weicht von der üblichen vielfach ab, fördert aber entschieden die anschauliche und umfassende Besprechung der einzelnen Krankheitsgruppen, wie es Verf. beabsichtigt.

[1] Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 9. März.
[2] l. c.



Über die einzelnen Kapitel hier zu berichten, würde zu weit führen. Sie geben insbesondere ein vortreffliches Bild der bekannten Wundbehandlung der v. Bergmann'schen Schule, die in ihren Grundsätzen überall auf die modernen Lehren der Bakteriologie und Pathologie in anregender Darstellung zurückzuführen, L. ausgezeichnet gelungen ist. Dem Praktiker, der sein chirurgisches Handeln nicht schematisieren, sondern auf die in den Wunden und Geweben bei Verletzungen und Infektionen sich abspielenden Vorgänge aufbauen und sich eine einwandfreie, auch in der Praxis anwendbare Asepsis aneignen will, kann das Studium des Buches nachdrücklichst empfohlen werden. Der auch im übrigen erschöpfend, unter Berücksichtigung aller wertvollen neueren Forschungen abgehandelte Stoff wird durch kleine Literaturnachweise ergänzt und durch zahlreiche Abbildungen, unter denen sich auch bereits einige Röntgenbilder L.'s von Röhrenknochen mit injizierten intraossalen Gefäßen finden, gut illustriert. Bei dem Abschnitt »Transplantation« hätte p. 41 u. 42 die Arbeit von W. Braun (Bruns' Beiträge XXV, Hft. 1) Erwähnung verdient, in welcher — im Gegensatz zu den Ergebnissen Enderlen's — der Nachweis geführt ist, daß in den Krause'schen Lappen der größte Teil des Kutisbindegewebes und der elastischen Fasern erhalten bleibt. Die Äthertopfmethode p. 93 wäre besser als Witzel-, bezw. Witzel-Hofmann'sche zu bezeichnen.

Der vorliegende Teil des Werkes wird die Erwartung v. Bergmann's, Lehrern und Schülern der chirurgischen Wissenschaft reiche Anregung und eine bequeme Übersicht über die besprochenen Gebiete der modernen allgemeinen Chirurgie zu bieten, in reichem Maße erfüllen. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

2) **J. C. Gilchrist.** Some additional cases of blastomycetic dermatitis.

(Journ. of cutan. diseases including syphilis 1904. März.)

G. beschreibt ausführlich fünf Fälle von Blastomykosis. Die Erkrankung begann stets als ungefähr erbsengroße, in der Haut liegende Geschwulst, die sich deutlich abgrenzen ließ und gegen die Unterlage leicht verschieblich war. Die affizierten Stellen erreichten teilweise eine ganz erhebliche Größe, in einem Falle fand sich eine zusammenhängende breite Fläche vom Nabel bis auf den Rücken übergreifend. Charakteristisch war in allen Fällen der ausgesprochen warzenartige Charakter der einzelnen Effloreszenzen und die miliaren Abszesse im Bereiche derselben. Stets konnte durch Druck Eiter exprimiert werden, in welchem sich Blastomyceten fanden; die exzidierten Stücke wiesen die für Blastomykosis charakteristischen Veränderungen auf, und es fanden sich auch in ihnen Blastomyceten. In einem Falle war die Erkrankung unmittelbar nach einer vorausgegangenen Verletzung entstanden. Allen Fällen gemeinsam

war die prompte Reaktion auf Jodkali; in einem Falle wurden noch X-Strahlen mit Erfolg angewandt.

Anschließend hieran beschreibt G. noch zwei Fälle, in welchen man leicht zu der Diagnose Blastomykosis verleitet werden konnte, da sie einigen typischen Fällen von Blastomykose täuschend ähnlich sahen, indessen führte der wiederholte negative Befund von Blastomyceten und die Anamnese einer vorausgegangenen Syphilis doch auf die richtige Spur. Die varikösen Eruptionen heilten auf eine syphilitische Therapie ab. Vorzügliche Photogramme und ein sehr schöner Farbendruck illustrieren die sehr lesenswerte Arbeit.

Urban (Breslau).

---

3) G. Lusena. Sul carcinoma delle glandole sudoripare.

(Sperimentale 1901. Nr. 1.)

Adenome der Schweißdrüsen sind selten, es gibt solitäre und multiple. Auch die noch selteneren Karzinome zeigen zwei Typen; der erste ist ausgezeichnet durch Unizität der Geschwulst, rasches Wachsen, Fehlen von Schmerz, über das Niveau der Haut sich erhebender Form, Weichheit, Vergrößerung der Lymphdrüsen, relative Gutartigkeit; mikroskopisch finden sich tubuläre oder cystische Wucherungen, ausgekleidet mit Zylinderepithel in lebhafter Proliferation. Den zweiten Typus charakterisiert Multiplizität der Knoten, die konfluieren und dadurch ein flaches scheibenartiges Infiltrat bilden, das sich rasch in die Breite ausdehnt, schmerzhaft ist; rasch die benachbarten Drüsen ergreift. Mikroskopisch solide schlanke und Nester von kubischem Epithel.

L. hat einen Fall beobachtet, der eine eigroße neben dem Anus sitzende Geschwulst zeigte, vom Typus eines Adenokarzinoms bei 63jährigem Manne. Mikroskopisch fanden sich alle Übergänge von normalen Schweißdrüsen zu Gängen und Cysten mit Zylinderepithel; im Zentrum mit amorphen Massen und Zellnestern erfüllt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

4) G. T. Jackson (New York). The removal of warts, moles, and other facial blemishes.

(Journ. of cutan. diseases 1904. März.)

Die J.'sche Arbeit enthält außer der Aufzählung der üblichen Methoden zur Entfernung von Warzen usw. nur noch die Empfehlung, flüssige Luft zu gebrauchen. Leider finden wir in der Arbeit noch immer erwähnt Karbolsäure und Höllensteinätzung, wenn auch die chirurgische Behandlung, die Aushebelung mit dem scharfen Löffel, in ihrer Sicherheit vollkommen anerkannt wird. Für die verschiedenen Arten der Naevi wird noch immer Elektrolyse als beste Behandlungsmethode empfohlen, trotz der erweiterten Kenntnisse über den histologischen Aufbau der Naevi. Wenn man nicht ganz seine Finger von diesen Sachen lassen will, sollte man sich doch lieber rein auf das Messer beschränken. **Urban** (Breslau).

---

5) **A. Mathieu** et **J. C. Roux.** Valeur séméiologique de l'état de la langue dans les maladies du tube digestif.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 107, 115, 118.)

Bei der Beurteilung der Zungenoberfläche im Hinblick auf Affektionen des Magen-Darmkanales darf nach Verff. nicht vergessen werden, daß die Zungenschleimhaut in ihrem Baue der Haut nahe steht und sich wie diese verhält, daß sie auch ganz anders innerviert ist als die Magenschleimhaut.

Eine belegte Zunge, d. h. eine Zunge, deren filiforme Papillen exzessiv lang sind und lebhaft wucherndes Epithel tragen, ist nichts weiter als ein Ausdruck irgendeiner Intoxikation oder Infektion. Zum Vergleiche werden die Exazerbationen von Ekzem oder Psoriasis nach Alkoholexzessen herangezogen.

Die Zunge ist völlig unbrauchbar zur Beurteilung des Zustandes, in dem der Magen sich befindet. Le miroir lingual n'existe plus. Bei Inanition, bei Unterernährung, bei Erkrankung der Harnwege usw. kann der Belag der Zunge sehr ausgeprägt sein. Die Verff. sind dagegen der Meinung, daß es vielleicht gelingen wird, Infektionen und Intoxikationen mit Hilfe der »Dermite linguale« zu erkennen und in ihrem An- und Abklingen zu verfolgen.

V. E. Mertens (Breslau).

---

6) **Laren.** Contribution to the surgery of perforating gastric ulcer.

(Annals of surgery 1904. Nr. 3.)

L. gibt zunächst eine statistische Übersicht über die Häufigkeit der Perforationen beim Magengeschwüre. Nach seinen Erfahrungen sitzen die chronischen zu Verwachsungen neigenden Geschwüre an der hinteren, die akuten zum Durchbruch in die freie Bauchhöhle neigenden mehr an der vorderen Magenwand. Tritt die Perforation ein, so fallen die Pat. infolge des rasenden Schmerzes oft bewußtlos zu Boden; es treten die Zeichen der Bauchfellentzündung mit brettharter Spannung der Bauchdecken zutage. Nicht selten bildet sich infolge des Senkens des Mageninhaltes eine Dämpfung in der Blinddarmgegend, die zur Verwechslung mit Appendicitis perforativa Veranlassung geben kann. Eine Diagnose darüber, ob es sich um Perforation der Gallenblase oder um akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse handelt oder endlich um ein perforiertes Magengeschwür, ist nach Verf. nicht stellbar. Die Behandlung besteht in Verabreichung von Morphium und baldigster Laparotomie mit Naht des Geschwüres und nachfolgender Auswaschung der Bauchhöhle. Am Schluß werden zwei Fälle von perforiertem Magengeschwür mit Ausgang in Heilung näher beschrieben. **Herhold** (Altona).

---

7) **van Zwalenburg.** Obstruction and consequent distention the cause of appendicitis.

(Journ. of the americ. med. assoc. 1904. März 26.)

Verf. bekämpft die Ansicht, daß die Appendicitis eine reine Infektionskrankheit sei, er hält sie vielmehr für eine zunächst auf mechanischem Wege entstehende, während die Infektion erst das Nachträgliche ist. Er hat an Hunden, deren Appendix unter den gewöhnlichen Versuchstieren dem menschlichen am nächsten steht, Versuche angestellt, und zwar: 1) Subperitoneale Abbindung des Wurmfortsatzes mit gleichzeitiger Aufblähung desselben mit Wasser unter verschiedenem Druck. 2) Dasselbe, aber nur zeitweise. 3) Ebenso wie 2, mit Injektion von Krankheitserregern (Bakt. coli comm. und Streptokokkus [?]). 4) Einfache subperitoneale Abbindung. 5) Einfache Injektion von Krankheitserregern. Er zieht aus den Ergebnissen folgende Schlüsse: 1) Einfache Infektion erklärt weder die Plötzlichkeit des Auftretens noch die pathologischen Veränderungen bei Appendicitis. Namentlich stehen die frühzeitigen schweren Veränderungen des Wurmfortsatzes (Gangrän) im Widerspruche zu einfacher Infektion. 2) Die augenscheinliche Beeinträchtigung der Blutzufuhr ist am leichtesten zu erklären durch erhöhten Druck innerhalb des Wurmfortsatzes. 3) Einspritzen von Bakterienaufschwemmungen in den Wurmfortsatz erzeugt keine Appendicitis. 4) Subperitoneale Abbindung ohne Aufblähung schneidet die Blutzufuhr nicht genügend ab, um eine der menschlichen gleiche Appendicitis hervorzurufen. 5) Aufblähung des Wurmfortsatzes mit Flüssigkeit, auch nur für kurze Zeit, bei gleichzeitigem Verschluß durch Abbindung erzeugt Appendicitis, wenn die aufblähende Kraft wenigstens denselben Druck hat wie das Blut. 6) Bei einer Extremität kann man die Blutzufuhr ungestraft längere Zeit abschneiden. Beim Wurmfortsatz dagegen dringen bei Aufhebung der Blutzufuhr, wozu, wie gezeigt, gleichzeitig Ausdehnung durch Flüssigkeit und Verschluß gehören, die in ihm vorhandenen Bakterien durch Drüsenöffnungen und durch die infolge der Druckerhöhung entstandenen kleinsten Schleimhautverletzungen ins Gewebe ein. — Bei Appendicitiskranken kann man die Druckerhöhung um so besser beobachten, je eher die Operation vorgenommen wird. Verf. beschreibt verschiedene Fälle der Art. Eine Druckerhöhung durch Flüssigkeitsansammlung kann zustande kommen durch die kugelventilartige Wirkung eines Kotsteinchens bei gleichzeitiger Striktur. Wenn man die Appendicitis als zunächst rein mechanische Absperrung der Blutzufuhr betrachtet, erklärt sich sehr gut ihr plötzliches Auftreten und die oft so frühzeitige Gangrän. Schnelles Nachlassen der Krankheitserscheinungen dürfte meist seinen Grund darin haben, daß der Verschluß nachgegeben hat, die Flüssigkeit ausgeflossen ist und normale Zirkulationsverhältnisse wieder hergestellt sind, während allmähliche Verminderung des Schmerzes auf beginnende Gangrän hindeutet. Druck-

empfindlichkeit ohne spontanen Schmerz deutet auf alleiniges Ergriffensein des Wurmfortsatzes hin. Verf. legt infolge dieser Annahmen großen Wert auf sehr genaue Anamnese und glaubt durch dieselbe jedesmal ziemlich genau den Stand der Enzündungsvorgänge feststellen zu können. Er befürwortet Frühoperation. Ähnlich wie durch Druckerhöhung mit Absperrung der Blutzufuhr Appendicits entsteht, können in anderen bakterienhaltigen Hohlorganen durch zeitweise Druckerhöhung ähnliche Infektionen erzeugt werden, z. B. in der Gallenblase, Magen, Darm.

Trapp (Bückeburg).

---

8) **J. Fessler** (München). Die operative Behandlung des Wurmfortsatzdurchbruches (Appendicitisperforation).

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 366. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1903.)

F. bespricht zunächst die Diagnose der akuten Appendicitis mit drohender oder schon vorhandener Perforation, hebt die Notwendigkeit hervor, den Beginn des Exsudates kurz nach dem Durchbruche des Wurmfortsatzes zu erkennen, um dem Herde den Weg nach außen durch raschen operativen Eingriff zu bahnen, und zeigt an der Hand einiger Fälle, daß die frühzeitige klinische Bestimmung der Lage des Exsudatherdes schon vor der Operation möglich ist. Unter den mitgeteilten Krankengeschichten sind diejenigen von besonderem Interesse, in denen der Durchbruch des Wurmfortsatzes, der durch adhäsive Entzündung seines Mesenteriums oder sonst freien Endes medianwärts gegen die Gekröswurzel oberhalb des Promontoriums oder eben dorthin zwischen die Dünndarmschlingen gezogen war, medianwärts erfolgte. Während F. in dem einen der beiden Fälle nur den sekundären Exsudatherd in der rechten Unterbauchgegend eröffnet und darauf verzichtet hatte, wegen starker Fixation des Blinddarmes und Anfangsteiles des Dickdarmes nach der Mittellinie hin, nach dem Wurmfortsatz zu suchen, der — wie die Sektion ergab — unter dem Nabel hinter den Darmschlingen verlagert und hier zwischen diese perforiert war, hat er im zweiten Falle den zentralen Abszeß (Dämpfung bis in die Mittellinie, Blasenschmerz mit Harndrang, vollkommene Stuhlverhaltung usw.) freilegen und entleeren können.

Kramer (Glogau).

---

9) **E. Tavel.** Technique de l'appendicectomie sous-muqueuse.

(Arch. internat. de chirurgie 1904. Vol. I. Fasc. 4.)

T. bildet eine $1^1/_2$ cm lange muskulo-seröse Manschette, zerquetscht die Mucosa, unterbindet die Submucosa und vernäht schließlich die Manschette.

Verf. demonstriert an einem mikroskopischen Schnitte, daß die abpräparierte Manschette aus Serosa und Muscularis besteht.

Engelmann (Dortmund).

---

10) **Claude.** Hémorrhagie péritonéale dans la tuberculose aiguë du péritoine.

(Revue de la tuberculose 1904. p. 445.)

Blutungen in die Bauchhöhle infolge von Bauchfelltuberkulose treten gewöhnlich im Beginne der Erkrankung auf, oft ohne daß vorher überhaupt besondere Krankheitssymptome vorausgegangen sind. Die Blutung erfolgt unter den Erscheinungen einer sehr akuten und schmerzhaften Peritonitis mit Dämpfung in den abhängigen Partien und oft mit Ileuserscheinungen (Ausdehnung des Douglas durch Blutgerinnsel und Druck auf den Mastdarm). Die Kranken sterben gewöhnlich sehr rasch unter Symptomen, welche mehr auf eine Erkrankung des Bauchfelles oder Darmes (Perforation, Appendicitis, innere Einklemmung) als auf eine innere Blutung hinzudeuten scheinen. Die Autopsie zeigt eine bedeutende Ansammlung von Blut in der Bauchhöhle, deren Quelle schwierig zu bestimmen ist.

Der vom Verf. beobachtete Pat. hatte seit 2 Monaten eine unbestimmte Darmaffektion, arbeitete jedoch und erkrankte ganz plötzlich unter den Symptomen einer Darmperforation. Tod am Tage darauf.

Mohr (Bielefeld).

11) **J. Schnitzler.** Über freie und inkarzerierte Hernien und deren Behandlung.

(Wiener med. Presse 1904. Nr. 10 u. 11.)

Auf Grund der verschiedenen Statistiken kann man die Radikaloperationen, und zwar zunächst die der Leistenbrüche, als recht ungefährlich bezeichnen. Eine Operation, die $^1/_2$% Sterblichkeit liefert und aus einem Invaliden — denn das ist nun einmal ein Bruchkranker — einen gesunden Menschen macht, verdient wohl die weitgehendste Indikationsstellung, wenn auch die Dauerresultate gut sind. Das trifft nun für das meist geübte Bassini'sche Verfahren unbedingt zu.

Bei kleinen straff eingeklemmten Brüchen soll man höchstens während der ersten 12 Stunden, bei größeren höchstens im Laufe der ersten 24 Stunden einen, und zwar nur einen Taxisversuch machen und auch bei alten hinfälligen Leuten die Herniotomie niemals hinausschieben.

Paul Wagner (Leipzig).

12) **Hartmann.** La suture par doublement dans la cure des éventrations larges et des grosses hernies ombilicales.

(Soc. d'obstétr., de gynécol. et de paediatrie de Paris 1904. März.)

H. ist mit gutem Resultat seit 1895 derart vorgegangen, daß er nach Ausschneidung des Bruchringes den einen Rand der Bauchwand über den anderen zog. In dieser Lage werden die Teile durch Nähte gehalten, welche den nach oben liegenden Lappen von vorn nach hinten und den unten liegenden nahe an seinem freien Rand in ganzer Dicke fassen.

Erst wenn alle Fäden gelegt sind, wird geknüpft.

Sollte eine vertikale Vereinigung nicht gelingen, so empfiehlt H. eine quere Vereinigung der Wunde. Es wird dann der untere Teil der Bauchwand über den oberen verlagert und so fixiert.

Neck (Chemnitz).

---

13) **L. Metzger.** Eine einfache Methode der Sterilisierung von Magensonden in strömendem Wasserdampfe.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1903. Nr. 15.)

Die Methoden der Kathetersterilisierung lassen sich beim Magenschlauche nicht anwenden wegen der Größenverhältnisse des letzteren und dem danach anhaftenden Geschmack und Geruch.

In einer gewöhnlichen Spritzflasche aus Glas wird Wasser zum Sieden gebracht und der aus dem Glasrohre ausströmende Dampf durch den mechanisch gereinigten Magenschlauch geleitet. Messungen der Dampfwärme und bakteriologische Prüfungen erwiesen das Verfahren als zureichend.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

14) **Fr. Ehrlich** (Stettin). Diät nach Magen- und Darmoperationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 14.)

Nach E. trägt an dem so häufigen Tode an Erschöpfung nach Magen- und Darmoperationen die übliche blande Suppendiät die Hauptschuld. Verf. empfiehlt deshalb, gestützt auf die Beobachtungen an 12 nach seiner Angabe ernährten Operierten, eine kräftigere Diät, die bei sorgfältiger Naht am Magen oder Darm auch gut ertragen wird. Er gibt noch am Tage der Operation Tee, Rotwein, Schleimsuppe, am folgenden Kalbsthymus in Bouillon, in den nächsten gehacktes Fleisch, Kartoffelpüree, Kakao, weiche Eier usw. Von den 12 Fällen starb keiner an Erschöpfung, je 1 an Circulus vitiosus, Peritonitis und Angina Ludovici.

Kramer (Glogau).

---

15) **E. Schotten** (Kassel). Die angeborene Pylorusstenose der Säuglinge.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 368. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1903.)

Über das Wesen der obigen Krankheit gehen bekanntlich die Meinungen der Autoren bisher noch vollständig auseinander; die einen halten dafür, daß es sich bei ihr um einen Pylorospasmus handle, die anderen nehmen eine primäre kongenitale Hypertrophie des Pylorus an. Nach Verf. spricht der Befund bei Obduktionen und Laparotomien für letztere Ansicht, während die Gesamtheit der klinischen Erfahrungen auf das Bestehen eines Krampfes hinweise. Mit dieser Auffassung einer Kombination beider Zustände würden sich alle bisherigen Beobachtungen genügend erklären lassen, wenn auch noch offen bleibe, was als das Primäre, was als sekundär

anzusehen sei. Unter den drei von S. beobachteten Fällen scheint eine derartige Kombination in dem zuletzt beschriebenen vorgelegen zu haben; im Moment der Eröffnung der Bauchhöhle zu Explorativzwecken (Küster) hörte der Verschluß des Pylorus auf, und füllten sich plötzlich die Därme mit Gasen, die durch den für einen dünnen Bleistift durchgängig gewordenen hypertrophischen Pylorus vom Magen aus eindrangen. — Bemerkenswert war auch der Befund im zweiten der Fälle, in welchem die Ausführung der Gastroenterostomie (Braun) durch eine kongenitale Verkürzung des Mesenteriums sehr erschwert war. Der erste Fall S.'s ist dadurch von Interesse, daß er das bis jetzt jüngste (35 Tage alte), mit Gastroenterostomie (Jäckh-Kassel) erfolgreich, ja überhaupt operierte Kind betrifft. Die Zahl derartiger günstiger Resultate der Gastroenterostomie in solchen Fällen ist bis jetzt noch klein; den neun Todesfällen stehen nur sechs Dauererfolge gegenüber. Auch die Loretta'sche Operation hat eine nicht geringe Mortalität gehabt, gelang außerdem nicht immer, indem der Pylorus nicht genügend gedehnt werden konnte, und hat nicht vor Rezidiven geschützt. Deshalb wird auch in Zukunft zunächst mit der inneren Behandlung, mit der Heubner so glänzende Resultate erreicht hat, in jedem Falle ein Versuch gemacht werden dürfen; daß ihre zu lange Fortsetzung und die Hinausschiebung operativen Einschreitens die Aussichten des letzteren verschlechtert, beweisen aber von neuem die zwei tödlich verlaufenen Fälle Verf.s.

Kramer (Glogau).

---

16) **Korn.** Über spastische Pylorusstenose und intermittierende Ektasie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 10 u. 11.)

An der Hand einschlägiger Fälle weist K. auf das diagnostisch wichtige »freie Intervall« hin. Wenn auch organische Stenosen mit Remissionen und Exacerbation einhergehen können, so ist dies doch nie ein wirklich freies Intervall, sondern höchstens das Bild der durch sorgfältige Diät im Stadium der Kompensation befindlichen relativen Stenose. Die Anfälle, welche eine spastische Stenose macht, hinterlassen die Neigung zu neuen Anfällen. Treten diese Rezidive häufig auf, so entwickelt sich eine Hypertrophie des Pylorus und durch Bindegewebsablagerung sekundär eine organische Stenose. Für die spastische Stenose als solche wird nur selten ein operativer Eingriff in Frage kommen. Anders liegt die Sache, wenn sich Zeichen von organischer Stenose bemerkbar machen. **Borchard** (Posen).

---

17) **Mayo.** Radical operations for the cure of cancer of the pyloric end of the stomach.

(Annals of surgery 1904. Nr. 3.)

Nach Verf. ist bei 70% aller Magenkrebse der Pylorus mit einbegriffen, bei 60% nahm der Krebs seinen Ursprung von ihm. Für

den günstigen Ausgang der Operation ist ein wichtiger Faktor die Beweglichkeit der Geschwulst. Bei zu starken Verwachsungen mit den Nachbarorganen soll man von einer Radikaloperation Abstand nehmen. Ein zweiter wichtiger Faktor für den guten Ausgang der Operation ist vorhanden, wenn die Lymphdrüsen in nicht zu großer Ausdehnung erkrankt sind. Nach Cuneo ist meistens der Fundus und $^2/_3$ der großen Kurvatur, wenn der Krebs vom Pylorus ausgegangen ist, nicht mit ergriffen. Die Technik der Resektion, wie sie M. unter Beigabe guter Abbildungen schildert, weicht von der bei uns üblichen im wesentlichen nicht ab. Die Inzision zur Eröffnung der Bauchhöhle macht er zunächst sehr klein, um sie erst zu vergrößern, nachdem ersichtlich ist, daß der Magenkrebs operabel ist. Die Durchtrennung des abgeklemmten Duodenums und Magens erfolgt stets mit dem Paquelin, und immer wird die ganze kleine Kurvatur mitgenommen; von der großen Kurvatur bleibt möglichst viel erhalten, und zwar der Teil, welcher nach links von der letzten Lymphdrüse liegt. Nach Schluß des Duodenums und des Magenrestes, zunächst durch eine doppelte durchgreifende Catgut- und eine darüber gelegte Lembertnaht mit Seide, wird eine Gastroenterostomie ausgeführt. Unter 13 nach dieser Methode ausgeführten Operationen hatte M. nur einen Todesfall.

Herhold (Altona).

---

18) **Bier.** Operative Behandlung des Mastdarmvorfalles.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 11.)

Auf der Grenze von Schleimhaut und Haut wird der After umschnitten, nachdem der Vorfall reponiert ist und ein Schleimhautzylinder abpräpariert, bis die gesamte Schleimhaut des Vorfalles von den übrigen Schichten des Mastdarmes entfernt ist. Letztere werden ohne Mitfassung des Spinkter durch einige Catgutnähte gerafft. Bei zu weiter Afteröffnung wird der Schließmuskel von vorn her etwas verengt. Der Schleimhautzylinder wird zwei Finger breit vor der Aftermündung durchtrennt, in der Mitte bis zum After längs gespalten und nun mit der äußeren Haut vereinigt.

Borchard (Posen).

---

19) **Rosenheim.** Zur Diagnose der hochsitzenden Mastdarm- und Flexurakarzinome mittels Palpation und Endoskopie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 11 u. 12.)

An der Hand mehrerer diagnostisch äußerst interessanter Fälle weist R. darauf hin, wie selbst den Geübtesten die bisher üblichen Methoden der Untersuchung, durch die Tastung in Narkose, im Stiche lassen können. Er pflegt die bimanuelle Untersuchung in der Weise vorzunehmen, daß Pat. auf die rechte Seite gelagert, das Becken wesentlich erhöht, die Beine gegen den Leib angezogen, der Oberkörper ausgestreckt wird. So fällt die Flexura sigmoidea in das große Becken und ist der Tastung zugänglich. Diese Untersuchung

wird gewöhnlich ergänzt durch eine solche in Rückenlage, in erhöhter Steinschnittlage. Der Untersuchung in Narkose ist nicht der hohe Wert beizumessen, wie es gewöhnlich geschieht. Besonders im Frühstadium der karzinomatösen Neubildung wird sie oft im Stiche lassen, da während der Narkose die Kontraktionen und Krämpfe der Muskelschicht oberhalb der Geschwulst nachlassen. Führen diese diagnostischen Hilfsmittel nicht zum sicheren Ziele, so wendet Verf. die leicht ausführbare Endoskopie an, deren Wert durch einen instruktiven Fall bewiesen wird, in welchem ein Jahr bevor wiederholte fachmännische Untersuchung die Neubildung nachweisen konnte, dieselbe von R. diagnostiziert wurde. **Borchard** (Posen).

---

20) **A. Ceccherelli.** L'emostasi del fegato.

(Arch. internat. de chir. 1904. Vol. I. Fasc. 4.)

Verf. gibt zuerst eine ausführliche Zusammenstellung der bei Leberoperationen üblichen Unterbindungsmethoden.

Er selbst empfiehlt ein Verfahren, das er seit fast 10 Jahren anwendet. Man legt um den zu resezierenden Lappen zwei entkalkte Knochenspangen, die durchlöchert sind. Durch diese Löcher werden Fäden gezogen und damit wird das dazwischenliegende Gewebe fest komprimiert. Nach Resektion des Leberlappens wird durch Knüpfung der gegenüberliegenden Fäden der Knochenstäbchen die Wunde zum Verschluß gebracht. Die Knochenleisten selber werden ganz oder zum Teil resorbiert. **Engelmann** (Dortmund).

---

21) **Kittsteiner.** Über Chologenbehandlung der Cholelithiasis.

(Therapeut. Monatshefte 1904. Nr. 2.)

K. nimmt in seinem Aufsatze Bezug auf eine von Glaser verfaßte Arbeit (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903 Nr. 3), in der dieser die Cholelithiasis als eine Funktionsstörung der Sekretionsnerven der Leber hinstellt, wodurch die gallensauren Salze nicht mehr imstande sind, das Cholestearin in Lösung zu erhalten. Die so anormal zusammengesetzte und dadurch für Infektionskeime leicht zugängliche Galle neigt dann zur Konkrementbildung.

Dieser im ganzen richtigen Theorie räumt Glaser aber nach K. einen zu wichtigen Platz ein: Infektionskrankheiten, Gallenstauung spielen als primäres Moment für die Steinbildung eine wesentliche Rolle. Dazu kommen chronische Hyperämien, leichte Erkrankungen der Leber durch Indigestionen, schließlich die harnsaure Diathese.

Die Möglichkeit einer Auflösung von Gallensteinen, die eine Hauptgrundlage der Glaser'schen Chologenbehandlung bildet und die von Courvoisier bestritten wird, glaubt K. nicht ganz von der Hand weisen zu können, wenigstens für Steinanlagen, die noch nicht ganz konsolidiert sind oder bei reinen Cholestearinsteinen. Wenn aber, wie Glaser behauptet, die normale Galle das beste Lösungsmittel für Steine sei, so müßten die Gallensteine sich meist von

selbst lösen, da sie meist reichlich von Galle — und von normaler Galle! — umspült werden. Denn daß nur durch Chologen beeinflußte Galle lösend wirke und nicht auch die von der Leber sezernierte normale Galle, sei nicht einzusehen. — Die Erfolge, die K. mit der Chologenbehandlung gehabt hat, stimmen mit den Erfolgen Glaser's nicht überein. Vorzüge von früheren Mitteln konnte K. nicht finden. Chologen ist ein Beruhigungsmittel, aber nicht in der Lage, Steine aufzulösen oder abzutreiben. **Silberberg** (Breslau).

---

22) **Maasland.** Du traitement chirurgical des collections purulentes dans le lobe droit du foie.

(Revue de gynécol. et de chir. abdom. 1903. Nr. 6.)

M. hat sechs Fälle nach folgender von van Dyk angewandter Methode mit günstigem Erfolg operiert: Zuerst wird ober- oder unterhalb der 9. Rippe zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie eine Punktion der Leber gemacht. Der dazu benutzte Trokar wird nach Bedürfnis etwa 7 cm tief eingeführt. Diese Stelle hält M. für spätere Drainage als besonders günstig gelegen. Wenn der Eiter gefunden ist, wird ein Stück der 9. Rippe reseziert in einer Länge von 6—7 cm, wobei man sorgsam die Eröffnung der Pleurahöhle vermeiden muß.

Während der Kranke bis dahin linke Seitenlage eingenommen hat, wird er nunmehr in horizontale Rückenlage gebracht. Die rechte Seite des Kranken muß den Rand des Operationstisches überragen. In dieser Lage kann die Pleurahöhle eröffnet werden, ohne daß Luft eindringt, weil Zwerchfell und Leber durch den intra-abdominellen Druck derart gegen die Brustwand angedrückt werden, daß das Eindringen von Luft durchaus verhindert wird. Weiter wird dann durch das Zwerchfell nach der Leber vorgegangen.

Es wird der Eiterherd unter Berücksichtigung der Trokarrichtung aufgesucht, und zwar wird mit Hilfe des Paquelins ein breiter Kanal angelegt. Nach Einführung eines fingerdicken Drains werden die Weichteile genäht. Bis zur Anlegung des Verbandes muß der Kranke in der oben beschriebenen Lage verharren.

In keinem seiner so operierten Fälle, hatte M. eine Komplikation von seiten der Brust- oder Bauchhöhle gesehen.

Die Krankengeschichten der sechs Pat. schließen die Arbeit ab.

Neck (Chemnitz).

---

23) **J. W. Allan.** The relation of the pancreas to diabetes and the question of the transplantation of that gland as a remedy for the disease.

(Lancet 1904. Mai 14.)

Verf. hält eine Pankreaserkrankung in allen Fällen von Diabetes mellitus für höchstwahrscheinlich, und selbst wenn die Drüse makro-

und mikroskopisch absolut gesund erscheint, könnte dennoch sehr wohl z. B. ein Defekt in ihrer Innervation bestehen und die »innere Sekretion« (Lepine) der zuckerzerstörenden Fermente aus den Langerhans'schen Inseln fehlerhaft sein. So tritt ja auch erwiesenermaßen zuweilen infolge von nervösem Chok und starker Aufregung, sowie besonders bei gewissen Reizungen am Boden des vierten Hirnventrikels auf dieser nervösen Basis akuter Diabetes mellitus auf. Eine weitere Stütze für den steten Zusammenhang von Diabetes und Pankreaserkrankung liefert nach Verf. die von pathologischer Seite beschriebene Hypertrophie der Darmschleimhaut bei Diabetes, die absolut der sekundär nach Pankreasexstirpation beobachteten gleicht. Wenn nur ein Teil der Bauchspeicheldrüse mit ihren Langerhans'schen Inseln in Funktion bleibt, oder wenn bei Exstirpationen nur ein kleiner Teil der Drüse zurückgelassen wird, so tritt keine Glykosurie ein. — Als notwendige Folge seiner Ausführungen sieht Verf. die alleinige Hilfe für schwere Diabetesformen in der Einverleibung von Pankreasgewebe in den diabeteskranken Organismus. Leider haben die nach Analogie der Behandlung des strumipriven Myxödems und Kretinismus angestellten Versuche der internen Verabreichung von Pankreas einen Erfolg bislang nicht gehabt; es bleibt also nur eine direkte Pankreaseinpflanzung übrig, analog der früher auch ausgeführten Einpflanzung von Schilddrüse bei jenen Krankheiten. Obwohl zwei angeführte Versuche dieser Art fehlschlugen, so erscheint Verf. doch auf die Dauer und im Prinzip die Methode erfolgversprechend, da gerade auch in einem dieser Diabetesfälle eine hochgradige, während des Lebens nicht diagnostizierte Zerstörung des Pankreas bei der Sektion gefunden wurde, ein Beweis, daß man therapeutisch auf dem rechten Wege war.

Verf. würde in schweren, nicht durch Ernährungstherapie beeinflußten Diabetesformen jederzeit die Operation wieder empfehlen, wenn 1) der völlig über die Verhältnisse aufgeklärte Pat. diese wünscht; 2) er zurzeit azetonfrei ist; 3) die Möglichkeit besteht, die Überpflanzung des tierischen (Schaf) Pankreas direkt an die Schlachtung des Tieres anzuschließen.

H. Ebbinghaus (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

Behandlung von Gelenkkontrakturen mit Röntgenbestrahlung.

Von

Dr. **Ernst Moser** in Zittau.

Obwohl die beiden Fälle, bei denen ich die in der Überschrift angegebene Methode angewendet habe, noch in Behandlung stehen, und ich demnach noch nicht über ein definitives Resultat berichten kann, so veranlassen mich doch zu einer vorläufigen Mitteilung darüber einmal die günstigen Erfolge dieser Behandlung, dann ferner der Umstand, daß ich in der mir zugänglichen Literatur eine

einschlägige Beobachtung nicht gefunden habe. Die Krankengeschichten seien in Kürze wiedergegeben:

Fall I. Minna Pr., 32 Jahre, früher Dienstmädchen, erkrankte vor 6—7 Jahren an Influenza, ein halbes Jahr darauf unter Frostgefühl an plötzlich auftretenden Schmerzen im linken Großzehen- und linken Handgelenke. Nach wenigen Tagen schon traten die Schmerzen und mit ihnen Schwellung fast an allen Körpergelenken auf. Stetige Verschlimmerung trotz ärztlicher Behandlung (innerliche Mittel, Jodpinselungen, Schwitzbäder, Kurgebrauch im Bade), so daß Pat. seit etwa 5 Jahren vollkommene Invalidin ist. Vor $1^1/_2$ Jahren Eiterung am rechten Oberschenkel über dem Trochanter major und am linken Unterschenkel dicht unterhalb des Kniegelenkes. Januar 1903 Aufnahme in die hiesige Augenheilanstalt wegen beiderseitiger plastischer Iritis mit akutem Sekundärglaukom (rechts Sklerotomie, links Iridektomie). Anfang 1904 Wiederaufnahme in die Augenheilanstalt wegen akutem Sekundärglaukom nach totalem Pupillarabschluß; Iridektomie (Dr. Peppmüller). Während des Aufenthaltes in der Anstalt Rezidive der Gelenkentzündungen. Im Februar d. J. sah ich in der Augenheilanstalt Pat. zum erstenmal.

Status vom Anfang März 1904: Knapp mittelgroßes, brünettes, schwächliches Mädchen mit entsprechendem Knochenbau. Innere Organe, besonders Cor, ohne pathologischen Befund. Fast alle Gelenke sind mehr oder weniger hochgradig versteift, und fast in allen ist fühlbares Reiben bei Bewegungen. In beiden Handgelenken besteht vollkommene Ankylose in leicht gebeugter Stellung. Die Finger beider Hände weichen in den Metakarpo-Phalangealgelenken ulnarwärts ab und zeigen besonders in den ersten Interphalangealgelenken starke, hart anzufühlende Verdickungen. Beim Faustmachen bleiben die Endglieder weit von der Hohlhand entfernt, so daß man bequem eine Hand dazwischen legen kann. Rechts besonders ist die Unbeweglichkeit der Finger groß; hier blieb noch am 17. März, nachdem schon etwas Besserung eingetreten war, die Spitze des Endgliedes des 3. Fingers, der der Hohlhand am nächsten kam, 6 cm weit von dieser entfernt. Am wenigsten noch in der Beweglichkeit gestört sind das linke Schultergelenk, die Hüftgelenke, deren passive Bewegungsfähigkeit nach allen Richtungen schätzungsweise fast auf die Hälfte vermindert ist, und schließlich die in ihrem Aussehen hochgradig veränderten Kniegelenke. In der Gegend der Kniegelenke, die beiderseits durch Schwellung stark verunstaltet ist, sind die der Patella und die den Ligg. pat. propr. entsprechenden Stellen eingezogen. Zu beiden Seiten dieser Ligamente und der Kniescheibe, dann auch oberhalb der Patella, dem oberen Recessus entsprechend sind stark hervorstehende Schwellungen, die pralle Fluktuation geben und besonders an den beiden Seiten dem palpierenden Finger ganz das Gefühl von Reiskörperchen bieten. In gewissem Gegensatze dazu steht die verhältnismäßig gute Beweglichkeit der Knie; nur extreme Beugung und Streckung ist aufgehoben. Pat. geht mit leicht gebeugten Knien. Schmerzen sind in den Knien besonders beim Gehen groß. Die Talocruralgelenke sind mäßig verdickt. Von den Zehengelenken sind einige stark, einige weniger, manche gar nicht verdickt.

Von den Knieschwellungen mußte man nach dem Befunde annehmen, daß sie parartikulär lagen, vielleicht peritendinös. Am 8. März fertigte ich vom linken Knie eine Röntgenphotographie an. Am 11. März berichtete mir Pat., daß sie danach in allen Gelenken Schmerzen bekommen habe. Da ich gleichzeitig den Eindruck hatte, als ob die Spannung in den Schwellungen am linken Knie geringer geworden sei, so setzte ich an diesem Tage beide Kniegelenke einer eine Minute dauernden Röntgenbestrahlung aus. Schon am 15. März berichtete Pat. von entschiedener Besserung, und zwar nicht nur in den bestrahlten Kniegelenken, sondern auch in allen anderen Körpergelenken, besonders in den Fingern. Sie erzählte, daß sie sich die Bluse am Halse zumachen könnte, während sie früher den Hals mit den Händen gar nicht erreichen konnte. Unter weiterer Bestrahlung fortschreitende Besserung.

Der Knieumfang z. B. war am	8. März	15. April
linkes Knie oberhalb der Patella	38	$35^1/_2$
» » unterhalb » »	35	33

Die Bestrahlungen konnten im Anfange nur im Intervall von mehreren Tagen vorgenommen werden, da Pat. nach denselben — gewöhnlich am nächsten Tage — viel Beschwerden in allen Gelenken mit Störung des Allgemeinbefindens hatte und meist den nächsten Tag deshalb das Bett hüten mußte. Diese heftigen Beschwerden ließen nach, als ich Pat. in meine Anstalt aufnahm und sogleich nach der Bestrahlung im Bett liegen ließ. Jetzt konnte ich auch allmählich länger bestrahlen, bis $3^1/_2$ Minuten, während früher nach einer Bestrahlung von einer Minute die Beschwerden schon heftig waren. In letzter Zeit ist die Verminderung der Gelenkschwellungen weniger rasch vor sich gegangen, die Schwellungen selbst jedoch weicher geworden. An den ersten Interphalangealgelenken sind Wackelgelenke entstanden, die aber wenig stören. Am besten veranschaulicht den Fortschritt die Gebrauchsfähigkeit der Glieder gegen früher. Während Pat. früher sogar beim An- und Ausziehen ganz und gar auf die Hilfe anderer Leute angewiesen war, besorgt sie das jetzt ohne jegliche Schwierigkeiten allein, ja sie macht sich sogar die Haare allein, wo sie früher, wie schon erwähnt, mit den Händen nicht bis zum Halse kam. Gehen kann sie jetzt den etwa halbstündigen Weg von ihrer Wohnung bis zu mir ohne Anstrengung, während sie früher oft schon nach kurzen Wegen nicht weiter kam. Auch nähen u. dgl. kann sie ziemlich andauernd, wenn auch noch nicht mit großer Fingerfertigkeit. Doch war davon früher ja gar keine Rede. Zu erwähnen wäre noch, daß die Streckung der Kniegelenke vollkommen möglich ist, und daß die Finger die Abweichung nach der ulnaren Seite ganz verloren haben. Eine andere Therapie als die Bestrahlung ist nicht angewendet worden. Von schädlichen Folgen der Röntgenbestrahlung ist das Auftreten einer Akne im Gesicht und zwischen den Pubes mit Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, da im Anfang nach jeder Bestrahlung darin eine Verschlimmerung eintrat. Pat. selbst schiebt auch eine Verlängerung ihrer Menstruation darauf, ob mit Recht, bleibe dahingestellt.

Fall II. Ernst H., 63 Jahre, früher Handelsmann. Seit 15 Jahren Reißen im linken Knie, seit Anfang September 1903 heftige, stets andauernde, bald zur Versteifung führende Schmerzen im rechten Arme. Februar d. J. erst rechts-, drei Wochen später linksseitige heftige Iritis (nach Dr. Peppmüller); anfangs ambulant, später in der Anstalt behandelt. Wegen der Gelenkaffektionen wurde mir Pat. vom Leiter der Anstalt, Herrn Dr. Peppmüller, gerade im Anschluß an die günstigen Resultate von Fall I zugewiesen.

Status vom 25. April: Ein in allen Glieder schwer beweglicher, mäßig genährter Mann. Innere Organe ohne Besonderheiten. Im rechten Schultergelenke vollkommene Steifigkeit; das rechte Ellbogengelenk kann mit vieler Mühe und unter großen Schmerzen bis zu einem Winkel von 60° gebeugt und einem Winkel von 130° gestreckt werden. Beim Versuche, sich an die Nase zu fassen, bleibt die Hand, selbst wenn Pat. mit dem Kopf entgegenkommt, 24 cm weit von der Nase entfernt. Eine Röntgenaufnahme des Ellbogengelenkes gelingt wegen der Versteifung im Schultergelenk schwer. Die Platte zeigt unregelmäßige, mit den Gelenkenden nicht im Zusammenhange stehende Knochenherde oder Kalkablagerungen vor und hinter dem Gelenke (Beuge- und Streckseite). Diese Knochenherde liegen offenbar in der Gelenkkapsel. Der Processus coronoideus ist in der Nähe des Kapselansatzes unregelmäßig begrenzt. Im Gelenkspalte fehlen jedenfalls gröbere Unregelmäßigkeiten. — Ich unterwarf auch diesen Pat. der Bestrahlung, und zwar in verschiedenen Sitzungen, obschon die ersten ohne nachweisbaren Erfolg waren. Hier wurde die Bestrahlungszeit bald auf 4—5 Minuten ausgedehnt, da Pat. keine Beschwerden davon hatte. Von einer anderen Therapie wurde abgesehen. Der Erfolg ist der, daß Pat. sich jetzt z. B. mühelos an die Nase fassen kann ohne mit dem Gesicht irgendwie entgegenzukommen! Von einer Verminderung der Schmerzen berichtet Pat. erst am 13. Mai 1904.

Es handelte sich in Fall I meiner Ansicht nach mit großer Wahrscheinlichkeit um eine gichtische Affektion; Fall II muß man wohl in das große unklare Gebiet des chronischen Rheumatismus einreihen. Die Augenbefunde stimmen nach Dr. Peppmüller damit überein. Ich bin mir bewußt, daß die Beobachtungen noch

viel Lückenhaftes enthalten, aber ich übergebe sie schon jetzt der Öffentlichkeit, um weitere Untersuchungen in dieser Richtung anzuregen. Die Unbeweglichkeit und Unbeholfenheit solcher unglücklichen Kranken, wie besonders Fall I ein Beispiel ist, die oft mit allen möglichen Mitteln mehr oder weniger erfolglos behandelt sind, wird jeden Fortschritt in der Therapie erwünscht erscheinen lassen; und die therapeutischen Erfolge in beiden Fällen sind erfreuliche, ich kann wohl sagen, ungewöhnliche. Ob man den Erfolg durch Massage und andere Maßnahmen noch steigern kann, muß ich vor der Hand dahingestellt sein lassen, da ich jede andere Therapie bei Seite gelassen habe, um den Erfolg der Röntgenbestrahlung einwandsfrei vor mir zu haben. Auch kann ich noch nicht sagen, ob die Bestrahlung auch bei anderen Kontrakturen als gichtischer und rheumatischer Art Erfolg hat, auch nicht einmal, ob bei allen Kontrakturen dieser Art. Meine beiden Fälle zeigen jedenfalls eine rasche ungewöhnliche Besserung der Bewegsfähigkeit und ein Nachlassen der Schmerzen. Daß die größere Beweglichkeit nicht durch das Nachlassen der Schmerzen bedingt ist, beweist Fall II, wo Pat. erst viel später ein Geringerwerden der Schmerzen angegeben hat.

Über die Intensität der Bestrahlung kann ich leider keine genauen Angaben machen; ein Chromoradiometer besitze ich nicht. Doch wird ein jeder darüber sich bald seine Erfahrungen bilden können. Es möge genügen, anzugeben, daß ich einen Apparat von 40 cm Funkenlänge mit Quecksilberunterbrecher von M. Kohl in Chemnitz besitze, dabei den Rheostat $^1/_2$—$^3/_4$ weit geöffnet habe (1—4 Ampère) und die Röhre in einen Abstand von 10—15 cm gebracht habe. Weitere Entfernungen schienen mir unwirksamer zu sein. Ob harte oder weiche Röhren besser waren, konnte ich noch nicht entscheiden. Hervorheben möchte ich nur noch einmal den Umstand, daß bei Fall I Besserung in allen Gelenken, vor allen Dingen z. B. der Hand, eingetreten ist, obwohl die Bestrahlung stets nur auf die Knie angewandt wurde. Eine Abblendung ist allerdings nicht vorgenommen.

Zittau, den 13. Mai 1904.

---

24) III. Kongreß der deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie am 5. April 1904.

Vorsitzender: Geheimrat Heusner (Barmen).

Referent: **Drehmann** (Breslau).

Als Hauptthema ist aufgestellt: »Die Pathologie und Therapie der Gelenkkontrakturen«. Das Referat haben die Herren v. Mikulicz und Ludloff (Breslau) und Herr Gocht (Halle a. S.) übernommen.

1) v. Mikulicz gibt eine allgemeine Definition der Gelenkkontrakturen und bespricht die einzelnen Arten derselben in ätiologischer Beziehung und weist auf den enormen Nutzen der Röntgendurchleuchtung bei der Beurteilung der Fälle hin. Er geht mit kurzen Worten auf die Prophylaxe der Kontrakturen ein.

2) Ludloff hat aus dem großen Gebiete der Kontrakturen die des Kniegelenkes ausgewählt, weil sie einerseits am häufigsten und deshalb für die Behandlung sehr wichtig sind, andererseits für alle Untersuchungsmethoden, besonders die Röntgenstrahlen, am leichtesten zugänglich sind. An der Hand von Strichpausen neurogener und arthrogener Kniekontrakturen (bei spinaler Kinderlähmung, spastischer Lähmung, tuberkulöser Gonitis von Kindern und Erwachsenen, Osteomyelitis und Gonorrhöe) entwickelt er unter genauer Darlegung der Mechanik des normalen Kniegelenkes und der Rolle, die dabei die Kreuzbänder spielen, zunächst die Pathogenese. Er geht aus von der Mittelstellung des Gelenkes im Winkel von ungefähr 40°, wo alle Bänder und Kapselteile im Gleichgewicht ohne Muskelaktion stehen. Die Mittelstellung wird wegen der bestehenden Synovialerkrankung vom Pat. ängstlich festgehalten, indem jede Muskelaktion, die diese Stellung verändern könnte, vermieden wird. Das Knie krümmt sich zu dieser Mittelstellung nach rein mechanischen Gesetzen ohne Mitwirkung des Willens der



Pat. Pat. wacht nur darüber, daß diese Stellung erhalten bleibt. Als reflektorisch sieht Ref. nur das Unterlassen jeder Muskelaktion, nicht etwa die Aktion der Beuger an. Diese Mittelstellung wird durch die arthrogenen Prozesse — Adhäsionen — fixiert, indem dadurch die normale Gleitfähigkeit der Knorpel aufeinander aufgehoben wird.

Aus dieser Mittelstellung entwickelt sich nun die Kontraktur anders, je nachdem das erkrankte Individuum ein Kind oder ein Erwachsener ist. Bei Kindern spielt das normale und pathologische Wachstum besonders an der Knochenknorpelgrenze der Kondylen eine hervorragende Rolle zur Vergrößerung des Flexionswinkels und zur Achsenverschiebung der Gelenkenden gegeneinander (Subluxation). Bei Erwachsenen überwiegt die Knochenzerstörung; daher kommt es seltener zu solchen hochgradigen Kontrakturen und nicht zur Subluxation. Beim ausheilenden Knie kommen noch zwei neue Faktoren hinzu, die kontrakturvermehrend einwirken. Die Belastung und die einseitige Muskelfunktion beim Stehen und Gehen. Diese Verhältnisse liegen bei allen Kontrakturen mit mehr oder weniger Modifikationen vor, je nach der Krankheit, die die Kontraktur bedingt.

Aus dieser Pathogenese heraus erklärt Ref. unser Unvermögen, einmal weiter entwickelte Kontrakturen zu strecken. Alle derartigen Manöver führen bei länger bestehenden Kontrakturen nur zu Scheinredressements. Deshalb spielt bei Kontrakturen jeden Grades und jeder Ätiologie die Prophylaxe die Hauptrolle. Der Arzt darf es mit Hilfe von Verbänden usw. überhaupt nicht erst zur Kontraktur kommen lassen. Wenn sie einmal entstanden ist und dann natürlich bei Kindern immer zur Subluxation geführt hat, bleibt zur Ausgleichung derselben fast nur die Resektion übrig. Ref. geht des näheren auf die Vor- und Nachteile der Resektion ein und bespricht noch zuletzt die Behandlung gonorrhoischer Kontrakturen mit Heißluft, Massage und Mechanik und empfiehlt sehr warm die Heißluftbehandlung. (Selbstbericht.)

3) Gocht (Halle a. S.) beschränkt sich auf die Besprechung der durch entzündliche Prozesse entstandenen Gelenkkontrakturen. Er schildert die rein orthopädische Behandlung der Kontrakturen an den einzelnen Gelenken und trennt die Beseitigung der primären Kontraktur bei noch bestehender Entzündung von der sekundären, durch Schrumpfung und Verwachsung bedingten. Er empfiehlt eine sehr schonende Streckung etappenmäßig in artikulierten Gipsverbänden. Später kommen Schienenhülsenapparate zur ausgiebigen Benutzung. Daneben wird Heißluftbehandlung, Stauung und Werg- oder Hedeverbände empfohlen. Er bespricht zum Schluß die technisch wichtigen Punkte der Verbandanlegung bei den einzelnen Gelenken.

4) Hoffa (Berlin) berichtet über die operative Behandlung von Gelenkversteifungen mit Zwischenlagerung von Magnesiumplatten (einer Methode, die sich nicht bewährt hat) und dem Zwischenlagern von Fascien- oder Hautlappen nach Helferich.

Er demonstriert eine Reihe mit gutem Erfolg operierter Pat.

5) Werndorff (Wien): Die Entstehung und Behandlung der koxitischen Kontrakturen.

König's Abduktionserklärung trifft nicht zu, seine Adduktionstheorie muß wesentlich erweitert und geändert werden. Nicht die Schonung des erkrankten Beines bedingt die Abduktion; das abduzierte Bein ist vielmehr der Belastung gegenüber viel schlechter daran wie jedes andere im Stehen und Gehen. Nur die Bewegung ist im ersten Stadium schmerzhaft; durch Muskelaktion festgestellt, ist das Gelenk bei Belastung unempfindlich.

Ist das Gelenk im zweiten Stadium gegen die Belastung empfindlich, dann entsteht durch Schonung des erkrankten Beines die Adduktion (nicht die Abduktion), die Adduktion im Gehen unter dem Einfluß der Belastung, nicht im Liegen. Beim Auftreten auf das kranke Bein fällt der Körper nach der gesunden Seite hinunter (Insuffizienz der pelvitrochanteren Muskeln); daher zur Nachbehand-

lung nach dem Redressement Lorenz'sche Innenschiene mit kontralateralem Sitzring, der sich durch eine Schiene an der Innenseite des krankseitigen Beines stützt. (Selbstbericht.)

6) Drehmann (Breslau): Über Gelenkentzündungen im Säuglingsalter und ihre ätiologischen Beziehungen zu späteren Deformitäten.

D. berichtet über das Vorkommen einer typischen Gelenkentzündung in den ersten Lebenswochen, deren Ätiologie noch unklar ist. In Betracht kommen ebenso wie für die Blennorrhöe der Neugeborenen der Gonokokkus, Streptokokkus und besonders Bakterium coli. Es handelt sich, wie D. an Röntgenbildern aus dem späteren Leben nachwies, anscheinend um eine epiphysäre Infektion mit sekundärer Beteiligung des Gelenkes. Die Gelenkentzündung heilt in den meisten Fällen in einigen Wochen oder Monaten, anscheinend mit völlig normaler Funktion aus. In anderen Fällen kommt es frühzeitig zur Entleerung eines Abszesses und schneller Heilung. An derartigen Gelenken werden später mannigfache Deformitäten beobachtet. Es bilden sich keine Kontrakturen aus, sondern es kommt durch ungleichmäßiges Epiphysenwachstum zu seitlichen Gelenkverkrümmungen. So beobachtete D. Coxa vara und Genu valgum. Interessant waren drei Fälle von Hüftluxation, die von kongenitalen nicht zu unterscheiden waren. D. glaubt, daß derartige Entzündungen für manche Deformität, besonders die Coxa vara des Kindesalters, ätiologisch häufiger in Betracht kommen. (Selbstbericht.)

7) Reiner (Wien): Kniegelenkkontrakturen und Transplantation.

R. weist aus dem Verhältnis der spezifischen Energie und der mittleren Zugkraft der Beuger- und Streckergruppe des Kniegelenkes nach, daß ein gleichwertiger Ersatz der lahmen Streckergruppe durch Transplantation nur möglich wäre, wenn alle topographisch-anatomisch in Betracht kommenden Muskeln intakt sind. Für die Gehfunktion genügt aber schon die Beseitigung höhergradiger Kontrakturen; für die übrigen Bewegungen, welche den kräftigen Synergismus aller drei großen Extensorengruppen der Extremität erfordern, ist die Bildung eines schwachen Extensor cruris ohne Vorteile. Zur Verhütung progredienter Genua recurvata müssen immer auch kräftige Beuger reserviert bleiben. Der Kontrakturzustand der übrigen großen Gelenke des Beines ist von größtem Einfluß auf die Funktion extensorlahmer Beine. Für das therapeutische Vorgehen sind je nach dem Einzelfalle variierende Gesichtspunkte maßgebend, die vom Vortr. erörtert werden. (Selbstbericht.)

8) Max Haudek (Wien): Zur Behandlung der entzündlichen Gelenkkontrakturen.

H.'s Erfahrungen auf diesem Gebiet entsprechen großenteils den Erfahrungen der Referenten, und werden von ihm in erster Linie die unblutigen Verfahren in Anwendung gezogen. Bei den auf tuberkulöser Basis beruhenden Gelenkerkrankungen und den diese begleitenden Kontrakturen werden alle forcierten Eingriffe vermieden. Es ist schon prophylaktisch der Entstehung der Kontrakturen vorzubeugen, indem das betreffende entzündete Gelenk in die für die nachherige Funktion günstigste Stellung gebracht wird; hierfür eignen sich am besten der Gipsverband und die Schienenhülsenapparate. Bei der Beseitigung der Kontrakturen wird von H. nicht nur die Stellungskorrektur, sondern auch die Erhaltung resp. Wiedergewinnung der Beweglichkeit angestrebt, insbesondere am Ellbogen- und Kniegelenk. H. erreicht dies in ähnlicher Weise wie Staffel durch abwechselnde Anwendung von Beugung und Streckung mittels der an den Apparaten einwirkenden federnden oder elastischen Beuge- resp. Streckvorrichtungen, und ist das Resultat von den vorhandenen pathologischen Veränderungen abhängig.

In energischerer Weise geht H. bei den rheumatischen Kontrakturen vor und zieht für die Behandlung auch alle Mittel der Mechanotherapie in Anwendung, insbesondere auch die Heißluftbehandlung. Eine Kombination dieser mit der elastischen Redression hat sich bei der Behandlung eines Falles von rheumatischer Kniekontraktur ausgezeichnet bewährt. Zur Redression wird eine dem Gross-

schen Apparate zur Streckung von Kniekontrakturen ähnliche Anordnung benutzt, bei welcher statt der Schraube eine elastische Binde die Korrektur besorgt. Die Regulierung des Zuges erfolgt durch die Verstellung der Lagerungsvorrichtung, besonders der für den Unterschenkel. Der elastische Zug fixiert das Knie unter mäßiger Anspannung gegen das Verbindungsstück der Lagerungsvorrichtung; Knie und Verbindungsstück befinden sich im Heißluftkasten. Die durch die Einwirkung der heißen Luft erzeugte Hyperämie und Sukkulenz des Gelenkes wird zur ausgiebigeren Streckung ausgenutzt. Es folgt Massage und Gymnastik, und die Anlegung eines mit Streckvorrichtung versehenen Schienenhülsenapparates sichert das Resultat bis zur nächsten Sitzung. Dauer der Behandlung 6 Wochen.

Beim Versagen der genannten Methoden führt H. bei rheumatischen Kontrakturen das forcierte Redressement aus, an das sich die Nachbehandlung mittels Massage und Gymnastik unmittelbar anschließt. (Selbstbericht.)

9) Finck (Charkow): Zur Technik der Etappengipsverbände bei Gelenkkontrakturen.

Mitteilung technischer Hilfsmittel.

10) Becher (Berlin): Vorführung eines Modelles zur Demonstration der funktionellen Ausgleichung der Hüftgelenkskontrakturen.

11) Lange (München) demonstriert einen Redressionstisch für Hüft- und Kniekontrakturen.

12) Joachimsthal (Berlin): Doppelseitige Hüftgelenksankylosen.

J. demonstriert zunächst ein Präparat, an dem infolge von Tuberkulose auf beiden Seiten eine spitzwinklige Flexionsankylose im Hüftgelenk eingetreten ist, und bespricht weiterhin einen Krankheitsfall, in dem es ihm bei einem 12jährigen Mädchen mit einer Adduktionsankylose beider Hüftgelenke infolge Vereiterung nach Scharlach gelungen ist, durch die Osteotomia subtrochanterica ein gutes Gehvermögen zu schaffen. (Selbstbericht.)

13) Drehmann (Breslau): Zur operativen Behandlung doppelseitiger Hüftgelenksankylosen.

D. empfiehlt bei doppelseitigen Hüftgelenksankylosen, nur auf einer Seite ein bewegliches Gelenk herzustellen, auf der anderen nur durch eine Osteotomia subtrochanterica abnorme Stellungen zu korrigieren. Er erzielte durch die Osteotomia pelvitrochanterica in seinem Falle eine brauchbare Pseudarthrose und empfiehlt deshalb dieses einfachere Verfahren gegenüber der Meißelresektion, welche bei schwacher Muskulatur häufig ein Schlottergelenk gibt.

Wegen der Schwierigkeit, bei der meist bestehenden Kontrakturstellung den Rest des Schenkelhalses mit dem Meißel zu durchtrennen, schlägt D. vor, die Durchtrennung mittels der Gigli'schen Drahtsäge nach Freilegung des Schenkelhalses durch einen vorderen und hinteren Schnitt vorzunehmen.

(Selbstbericht.)

14) Frölich (Nancy): Multiple Gelenkkontrakturen, künstliche Pseudarthrosenbildung an der einen Hüfte.

F. demonstriert einen Fall von multiplen Gelenkkontrakturen bei einem Mädchen (doppelseitige Hüftgelenksankylose, Kniegelenksankylose, Kontraktur der beiden Ellbogengelenke). Dieselben waren teils fibröser, teils knöcherner Natur. Die Anamnese und eine Tuberkulininjektion bewiesen, daß es sich um tuberkulösen Rheumatismus (Poncet) handle. Eine Resektion am Femur in der subtrochanteren Gegend mit Zwischenschaltung einer 5 cm breiten Zelluloidplatte konnte schließlich doch keine bewegliche Pseudarthrose bewirken.

(Selbstbericht.)

15) v. Aberle (Wien): Die Peroneuslähmung bei der Behandlung der Kniegelenkskontrakturen.

v. A. weist durch experimentelle und anatomische Untersuchungen nach, daß die bekannte größere Vulnerabilität des Nervus peroneus bei orthopädischen Operationen (Kniegelenksredressement, Reposition angeborener Hüftluxationen, Genu valgum-Operationen) auf einer größeren Traumatisierung dieses Nerven im Gegen-



satze zum Nervus tibialis beruht. Dieses Verhalten wird sowohl durch stärkere bindegewebige Fixation des Nervenstammes als auch durch die Art seiner motorischen Astfolge bedingt. Die operative Behandlung muß daher zur Vermeidung von Zerrungslähmungen des Nervus peroneus unter Anwendung gewisser Vorsichtsmaßregeln vorgenommen werden. (Selbstbericht.)

16) Spitzy (Graz): Die Bedeutung der Nervenplastik für die Orthopädie.

Vortr. bespricht die wissenschaftliche Grundlage und Berechtigung der Nervenplastik, berührt ihre histologischen und neuro-biologischen Details, sowie deren historische Entwicklung.

Die bisherigen Versuche werden einer eingehenden Kritik unterzogen, und aus den Operationsresultaten, sowie aus den durchweg positiv ausgefallenen Tierexperimenten des Vortr. werden die Methoden und Indikationen der Neuroplastik entwickelt. Auf Grund von Experimenten an Hunden und Leichenoperationen werden hauptsächlich zwei Arten der Implantation empfohlen:

a. Liegt in der Nähe eines gelähmten motorischen Nerven ein zweiter ebenso wichtiger Nerv, so ist vom gelähmten bahnsuchenden Nerven ein möglichst großer Lappen mit peripherer Basis abzuspalten und in einen Längsschlitz des intakten bahngebenden Nerven mittels Längsnähten zu fixieren.

b. Liegt in der Nähe ein relativ weniger wichtiger Nerv, so ist von diesem intakten bahngebenden Nerven ein möglichst großer Lappen mit zentraler Basis in einem Längsschlitz des gelähmten bahnsuchenden Nerven durch Längsnaht zu fixieren (zentrale Implantation) (N. accessorius + facialis, musculocutaneus + medianus, obturatorius + cruralis). Besonders auf die Neurotisierung des N. cruralis vom obturatorius aus wird bei der Wichtigkeit der Quadricepslähmung Wert gelegt. Möglichste Schonung alles intakten Materiales ist bei allen Eingriffen dringend geboten. (Selbstbericht.)

17) Spitzy (Graz): Die Erfahrungen über die blutige Trennung der Oberschenkelepiphyse bei Genu valgum (Epiphyseotomie).

Der Vortr. hat an über 20 Fällen von schwerem kindlichem Genu valgum die von Reiner vorgeschlagene und von der Wiener Schule geübte Lösung der Epiphyse vorgenommen und dabei die subkutane Durchtrennung der Epiphysenlinie mittels schmalen Meißels mit ausnahmslos guten Erfolgen geübt. Hauptsächlicher Zweck des Vortr. ist, die ungerechtfertigten Angriffe von Wallace Blanchard gegen die Methode und ihren Hauptträger Reiner zurückzuweisen. Dieselben beziehen sich nicht auf die bekannte und mehr oder weniger berechtigte Streitfrage bezüglich eventueller Wachstumsstörungen, sondern gipfeln in der Behauptung, die Methode greife die Deformität nicht in ihrem Kulminationspunkt an, eine Tatsache, die durch die Untersuchungen von Mikulicz, Albert, Wolff bereits als gesicherte pathologisch-anatomische Errungenschaft zu bezeichnen ist. Über die Berechtigung der Befürchtung von Wachstumsstörungen kann erst nach längerer Beobachtungszeit endgültig entschieden werden, bis jetzt konnte der Vortr. niemals Anzeichen davon bemerken. (Selbstbericht.)

Diskussion: Wittek (Graz) präzisiert den Standpunkt der Grazer chirurgischen Klinik dahingehend, daß man sich dort niemals veranlaßt gesehen habe, zugunsten der Epiphyseolyse von der linearen suprakondylären Osteotomie abzugehen.

Becher (Berlin) warnt vor der Epiphysentrennung und berichtet über eine Epiphysenverletzung am eigenen Körper in der Kindheit, wobei sich erst viele Jahre später eine deutliche Wachstumsverkürzung einstellte.

18) Ahrens (Ulm): Über einen Fall von veralteter suprakondylärer Fraktur des Femur mit sekundärem Bluterknie, geheilt durch schiefe Osteotomie.

19) Höftmann (Königsberg): Zur Reposition kongenitaler Luxation.

H. empfiehlt eine neue Repositionsmethode bei kongenitalen Luxationen. Er geht dabei von der Erwägung aus, daß bisher nicht genügend der Unterschied

der Knochenverhältnisse bei den gewöhnlichen und bei den kongenitalen Luxationen bei der Behandlung im Auge behalten wurde. Die gewöhnlichen Luxationen (hier kommen nur die nach hinten in Frage) verdanken, wie Bigelow seinerzeit nachwies, ihre Stellung nicht den Muskeln, sondern dem Ligamentum Y resp. Bertini, abgesehen von einer Modifikation (vermehrte Innenrotation und Adduktion) bei Luxation »unter die Sehne« (des Obturator intern.). Bei den kongenitalen Luxationen fehlt diese Innenrotation fast immer, weil fast ausnahmslos bei denselben der Kopf in Anteversionsstellung zum Schenkelhalse steht, die in den extremen Fällen so stark ist, daß der Kopf gegen den Schenkelhals rechtwinklig nach vorn gedreht erscheint. Infolgedessen steht der Fuß nach der Reposition häufig fast direkt nach innen gerichtet, so daß die Spitze des Fußes selbst etwas nach hinten sehen kann. Bei den früher von ihm ausgeführten blutigen Repositionen hat H. wenigstens fast ausnahmslos einen derartigen Befund erheben können und war dann gezwungen, um die Innenrotation zu bekämpfen, den Kopf entsprechend abzumodeln oder Teile vom hinteren Pfannenrande abzumeißeln, was immerhin mißlich war, da dieses so wie so der schwache Punkt ist. Als ultimum refugium blieb nach der Reposition eine darauffolgende Durchmeißlung unterhalb des Trochanters übrig, um die fehlerhafte Innendrehung zu beseitigen.

Infolge dieses Verhaltens des Schenkelhalses fehlt bei der kongenitalen Luxation die Innenrotation. Der Kopf hat bei starker Vorwärtsneigung des Beckens hinter der Pfanne Platz, und es entsteht dadurch die typische Lordose (Demonstration an einem künstlich hergestellten Präparate).

Infolge dieser anatomischen Details muß man bei der Repposition etwas anders vorgehen, als bei normal gebautem Schenkelhalse. Wenn man aber diese Verhältnisse berücksichtigt, wird es wohl in jedem Falle nicht zu schwer sein, den Kopf der Pfanne gegenüber zu stellen. Natürlich, wo kein Kopf vorhanden und die Pfanne, wie in ganz alten Fällen, verödet ist, wird man zufrieden sein, wenn man einfach durch eine Transposition den Kopf unter das Ligamentum Bertini hakt: es verschwindet dann die Lordose und das Pendeln des Beckens. Die Transposition ist ja doch überhaupt im größten Teile der behandelten Fälle das Endresultat.

Sehen wir uns aber die übliche Methode der Reposition an, so ist es leicht, durch extreme Flexion bei Innenrotation den Kopf nach unten seitlich vor die Pfanne zu bringen. Während man bei der gewöhnlichen Luxation jetzt den Schenkel bei leichter Außenrotation abduziert und in Extension bringt (Demonstration), wird dieses bei den anatomischen Verhältnissen der kongenitalen Luxationen den Kopf wieder nach hinten herausgleiten machen. Es ist daher notwendig, nach der Hyperflexion bei Adduktion gleich eine starke Rotation nach außen bei Überführung in Hyperextension vorzunehmen. Hierbei bewirkt das Aufrollen des Ligamentum Bertini ein Andrängen des Kopfes gegen die vordere Pfannengegend (Demonstration). Um die Reposition bis hierher auszuführen, sind übrigens so gut wie gar keine Pumpenschwengel- oder andere Bewegungen notwendig.

Hält man nun das Bein in Hyperextension und läßt langsam in der Außenrotation etwas nach, während man das Bein streckt, so wird durch das gespannte Y-Ligament der Kopf andauernd nach vorn gepreßt, so daß die hintere Pfannengegend vom Druck ganz frei ist, und zwar um so sicherer, je mehr man das Bein adduziert. Bei Abduktion muß man mehr Außenrotation beibehalten, da sonst das Ligamentum Y entspannt wird. Im schlimmsten Falle wird man bei zu starker Hyperextension eine Transposition erzielen, also immerhin noch ein annehmbares Resultat. Es steht nun nichts im Wege, diese Manipulation gleich von vornherein vorzunehmen. Man hyperflektiert also bei Adduktion das Bein und rotiert es sodann stark nach außen: der Kopf steht in der Pfannengegend. Hierauf sucht man das Bein nach hinten zu hyperextendieren, was nur möglich ist, wenn man die starke Rotation nach außen etwas ermäßigt und dadurch das Y-Band etwas entspannt. Hierauf bei andauernder Hyperextension eine Zirkumduktion nach innen, so daß aber noch immer am Ende eine leichte Außenrotation bestehen

bleibt. Danach Eingipsen in leicht hyperextendierter und leicht außenrotierter Stellung, bei der man die Außenrotation um so mehr verringern kann, je mehr man das Bein der Adduktionsstellung nähert, da durch Adduktion das Ligamentum Y gespannt erhalten wird.

Der Vorteil liegt auf der Hand: Die Kinder können gleich in verhältnismäßig guter Stellung gehen, und ihnen, sowie den Eltern ist die monatelange Qual der starken Abduktion erspart.

H. hat nach diesen theoretischen Erwägungen zwei Fälle in Behandlung genommen. Wie es scheint mit Erfolg. Das Röntgenbild zeigt den Kopf in der Pfanne. Die Fälle sind zu frisch, um schon ein Endresultat vorstellen zu können. H. hofft jedoch eine erhebliche Abkürzung der Behandlungszeit und mindestens gleiche, wenn nicht bessere Endresultate damit erzielen zu können.

(Selbstbericht.)

20) Bade (Hannover): Die Ursache der Außenrotation und ihre Beseitigung bei der unblutig behandelten Hüftverrenkung.

Die oft zurückbleibende Außenrotation kann bedingt sein

1) durch Verkürzung der Außenrotatoren und Schwächung der Innenrotatoren. Dies sei die gewöhnliche Ansicht, und man habe deshalb — so Heusner — Sehnentransplantation vorgeschlagen: den Glutaeus maximus zu einem Innenrotator zu machen. B. weist nach, daß überhaupt keine wesentliche Verkürzung der Außenrotatoren eintrete. Die hauptsächlichsten Außenrotatoren, der Quadratus femoris, die Obturatoren und die Gemelli, blieben durch die starke Abduktion in der Fixationsperiode unbeeinflußt, weil ihre Muskelansatzpunkte weder genähert noch entfernt wurden. Verkürzt wurde nur der Glutaeus maximus, weil der seinen Ansatz am Trochanter major habe, dieser aber bei Abduktion der Beckenschaufel genähert werde. Verlängert dagegen der Ileopsoas pectineus und pyriformis, weil diese am Trochanter minor ansetzten, der Trochanter minor aber durch Abduktion weiter von den Ansatzpunkten abrücke.

2) durch die starke Abduktion werde die Kapsel verändert, die vorderen Partien gedehnt, die hinteren verkürzt. Die verkürzte hintere Kapselwand könne sehr wohl einen außenrotatorischen Zug auf das Femur ausüben, namentlich dann, wenn die vordere Kapselwand zu gedehnt sei, um dem Zuge genügend Widerstand zu leisten.

3) Den Hauptgrund für die Außenrotation sieht B. jedoch darin, daß es in manchen Fällen nicht zu einer konzentrischen Pfannenbildung, sondern zu einer exzentrischen käme. Er beweist dies durch Krankengeschichten und Röntgenbilder von Lorenz, »Über die Heilung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung« 1900: Überall da, wo ein Abduktions- und Außenrotationsgang geblieben sei, habe sich die Pfanne nach dem Röntgenbild exzentrisch angelegt am oberen Pfannenrande, so daß der Kopf nie von der ganzen Pfanne gedeckt werde. Zum weiteren Beweise werden Röntgenbilder und Krankengeschichten von Joachimsthal und Ludloff gebracht. Endlich legt B. sein eigenes Material und 40 Röntgenbilder vor, die den Beweis vervollkommnen.

Das Zustandekommen der Außenrotation müsse demnach vermieden werden durch exakte anatomische Reposition und konzentrische Pfannenbildung. Der Kopf müsse genau dem Y-förmigen Knorpel gegenüberstehen. Der Gelenkspalt dürfe nicht breiter sein als auf der gesunden Seite. Genüge die Reposition diesen Forderungen, so sei auch die Retention durch starke Abduktion, senkrechten Druck in der Richtung der Femurachse und indifferente Rollstellung in den meisten einseitigen und nicht zu alten Fällen zu versprechen. Die Außenrotation, die in der ersten Zeit nach Abnahme des Verbandes dann noch vorhanden sei, verliere sich sehr bald ohne jede Behandlung. Sei jedoch trotz wiederholter Versuche keine konzentrische Pfannenbildung erreicht worden, so nützten alle Apparate, die das Bein in die Innenrotation hineindrängten, nichts. Sie schädigten nur die Muskulatur. Wenn behauptet würde, daß der Kopf dadurch in die Pfanne hineingedrängt würde und hierfür Röntgenbilder angeführt wurden, so seien diese Röntgenbilder eine optische Täuschung, der Kopf wurde zwar durch die Innen-

rotationsapparate in das Pfannenniveau, aber hinter die Pfanne gebracht. Das sähe man aber auf dem Röntgenbilde nicht. B. sieht in solchen Fällen nur Besserung von konsequent durchgeführten Innenrotationsübungen und Massage, um die Muskulatur nach Möglichkeit zu kräftigen. (Selbstbericht.)

Diskussion: Dreesmann (Köln) rät zu einer länger dauernden Fixation nach der Einrenkung.

Joachimsthal (Berlin) zeigt an der Hand von Röntgenbildern gut gelungener Repositionen, daß eine Fixationsdauer von 3 Monaten genügt.

(Schluß folgt.)

---

25) S. Serkowski und J. Maybaum. Über die Kontagiosität des Krebses.

(Medycyna 1904. Nr. 19 u. 20.)

Nach eingehender Besprechung der einschlägigen Literatur kommen Verff. zur Schlußfolgerung, daß der Krebsparasit zwar noch nicht bekannt und die Blastomycetentheorie noch nicht erwiesen ist, daß aber trotzdem viele Tatsachen für die Kontagiosität des Krebses sprechen. Sie führen drei Fälle aus eigener Beobachtung an, wo zwei in gemeinschaftlichem Haushalte lebende Personen in kurzem Zeitraume dieser Krankheit erlegen sind (»Cancer à deux«). Zum Schluß berufen sie sich auf analoge Beobachtungen zahlreicher Autoren und mahnen zu größerer Prophylaxe bei Krebserkrankungen. **Bogdanik** (Krakau).

26) E. Devaux. Des lipomes provoqués chez les Malgaches porteurs. Essai d'interprétation pathogénique.

(Tribune méd. 1904. Nr. 6.)

Die madagassischen Lastträger pflegen schwere Lasten derart zu befördern, daß sie dieselben an den beiden Enden eines Bambusstabes gleichmäßig verteilen und letzteren in der Mitte auf der Schulter und dem Nacken balanzieren. An dieser Stelle werden nun sehr häufig Lipome bis zu Kindskopfgröße beobachtet. Ihre Entstehung denkt sich Verf. so, daß durch den fortgesetzten Druck auf der einen Seite durch Reizung Hypertrophie und Hyperplasie im Unterhautfettbindegewebe eintritt, daß aber die Resorption durch Zugrundegehen zahlreicher Kapillaren und Lymphgefäße so stark gehemmt ist, daß die Fettzellen liegen bleiben. **Coste** (Straßburg i. E.).

27) Mertens. Ein durch Behandlung mit Röntgenstrahlen günstig beeinflußtes Spindelzellensarkom.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 13.)

Inoperables (Operationsversuch) Sarkom des Schulterblattes bei einem 11jährigen Mädchen. Nach 20 Sitzungen (harte Röhre, Abstand des Antikathodenspiegels 20 cm) waren die Geschwulst sowie die Drüsen in der Achselhöhle geschwunden. Ca. 10 Wochen später kleines Rezidiv in der Schulterblattgegend, das nach kurzer Bestrahlung schwand. Ein zweiter Fall bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde (ebenfalls Sarkom der Scapula) blieb unbeeinflußt. **Borchard** (Posen).

28) W. B. Coley. Late results of x-ray treatment of sarcoma.

(Med. news 1904. Februar 6.)

Verf. berichtet über den weiteren Verlauf einer Reihe von Fällen bösartiger Geschwülste, die unter Röntgenbestrahlung zunächst geheilt schienen. Dabei ergibt sich, daß bei den allermeisten Kranken nachträglich doch Rezidive eintraten. Seine an über 100 Fällen gemachten Erfahrungen führen Verf. zu einer immer skeptischeren Beurteilung des Wertes dieser Behandlungsart. Er will die Anwendung der Röntgenstrahlen beschränken auf rezidivierende und inoperable



Geschwülste. Die einzige Ausnahme bilden die flachen Hautkrebse des Gesichtes, aber selbst hier ergibt die Exzision bessere Resultate. Beweiskräftige Fälle von Dauerheilung liegen bis jetzt noch nicht vor.

Kleinschmidt (Charlottenburg).

29) **Strada.** Adenoma congenito umbilicale a tipo gastrico.

(Sperimentale 1903.)

Nach dem Abfallen der Nabelschnur entwickelte sich auf dem Nabel eine kleine Geschwulst von schleimhautähnlichem Aussehen. Bis zum 20. Jahre, wo sie durch Abbinden entfernt wurde, hatte sie Nußgröße erreicht. Mikroskopisch glich sie nach außen umgestülpter Intestinalschleimhaut. Die Drüsen zeigten teils den Typus von Pylorus, teils von Lieberkühn'schen Drüsen.

S. schließt sich für seinen Fall der Tillmann'schen Erklärung an, wonach ein im Nabelstrang als Bruch liegendes kongenitales Magendivertikel mit dem Nabelstrang abgebunden wurde. Die Lieberkühn'schen Krypten erklären sich daraus, daß sie auch normalerweise in der Nähe des Pylorus vorkommen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

30) **S. T. Czish** (Moskau). Überpflanzung eines Muskels zur Deckung von Defekten in der Bauchwand.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 14.)

C. benutzte zur Deckung einer sehr großen Bauchbruchpforte den mit seinem (von hinten an ihn herantretenden) Nervenast herauspräparierten Musc. sartorius, der nach oben umgeschlagen und durch eine Öffnung in der Aponeurose des M. obliq. ext., da, wo sie in die Fascia lata des Oberschenkels übergeht, durchgezogen wurde. Der eingepflanzte Muskel behielt seine Kontraktilität und verschloß fest den früheren Bauchwanddefekt. — Bei der Lage des letzteren hätte das vom Ref. in seinen Beiträgen zur Operation der Bauchwanddesmoide (Bd. LII des Arch. f. klin. Chir.) empfohlene, weniger umständliche Verfahren zum gleichen Erfolg geführt. **Kramer** (Glogau).

31) **Malcolm.** On the treatment of penetrating wounds of the abdomen.

(Annals of surgery 1904. Nr. 3.)

Bei Bauchschußwunden handelt es sich immer um die beiden Fragen, ob Eingeweide oder größere Blutgefäße verletzt sind. Charakteristische Symptome hierfür gibt es bei frischen Bauchschußverletzungen nur, wenn der Magen (Blutbrechen) oder die Harnblase (Blutharnen) verletzt sind. In allen anderen Fällen können sie fehlen. Die bretthart Spannung der Bauchdecken, die Schmerzen, die Atem- und Pulsbeschleunigung sind bereits Anzeichen einer Bauchfellentzündung und nicht der Darmperforation. Eine Blutung aus einem großen arteriellen Gefäße ruft zwar meistens die Zeichen der Verblutung hervor, doch kann das Austreten des Blutes in die Bauchhöhle auch so langsam erfolgen, daß charakteristische Erscheinungen fehlen.

Nach Neff sind in 95% aller Bauchschußverletzungen die Eingeweide perforiert; daher stellt M. folgende Forderungen auf: 1) Bei jeder penetrierenden Bauchverletzung ist sofort zu laparotomieren; 2) es ist der ganze Darm nach Verletzungen abzusuchen; 3) die Bauchhöhle ist, wenn Öffnungen im Magen oder Darme gefunden werden, nach Naht derselben zu drainieren.

Wenn nach einer Statistik 60% aller derartigen Wunden tödlich sind, so liegt diese hohe Sterblichkeit nur daran, daß bis jetzt meist mit der Baucheröffnung abgewartet wurde, bis peritonitische Erscheinungen eingetreten waren. Von 16 Fällen penetrierender Bauchverletzungen, die spätestens 3 Stunden nach der Verletzung operiert wurden, verlor M. drei. In diesen handelte es sich aber um ganz schwere Verwundungen. **Herhold** (Altona).

32) **Swain.** The vagaries of abdominal tuberculosis.
(Bristol med.-chir. journ. 1904. März.)

S. bespricht die diagnostischen Schwierigkeiten bei der tuberkulösen Peritonitis und teilt 6 Krankengeschichten mit; 5mal wurde unter der falschen Diagnose: Appendicitis, Ileus, Ovarialcyste, Retroperitonalabszeß, bösartige Magenerkrankung operiert. 4 Pat. genasen, 2, bei welchen eine akute Miliartuberkulose des Peritoneums Ileus bezw. Appendicitis vortäuschte, starben, der eine unoperiert. Im letzteren Falle, in welchem die Symptome auf Perforation eines Duodenalgeschwüres hinzuweisen schienen, fanden sich außer einer frischen Miliartuberkulose des Bauchfelles Verkäsung beider Nebennieren und ältere tuberkulöse Veränderungen an Pankreas, Netz und Nieren. In Fällen, welche einer Ovarialcyste ähnlich sind, ist zu beachten, daß die Ansammlung von Flüssigkeit bei Tuberkulose schneller erfolgt als bei Cysten, daß in der Gegend oberhalb des Leistenbandes Dämpfung gewöhnlich fehlt, und daß die Zonen der Dämpfung und Tympanie unregelmäßig verteilt sind, sowie von Tag zu Tag in ihrer Ausdehnung wechseln können. In einem weiteren Falle, in welchem die Symptome einer subakuten Appendicitis vorlagen, blieb es selbst bei der Operation unklar, ob es sich um eine primäre tuberkulöse Entzündung des Wurmfortsatzes oder eine in der Blinddarmgegend besonders ausgesprochene tuberkulöse Peritonitis handelte. Bei einem 4jährigen Kinde deuteten die Erscheinungen auf einen retroperitonealen appendicitischen Abszeß hin; bei der Inzision fanden sich nur zahlreiche, stark vergrößerte und anscheinend verkäste Gekrösdrüsen; trotz der einfachen Probeinzision trat völlige Heilung ein. Bei einer 45jährigen Frau fand sich zwischen Nabel und rechtem Rippenrand eine harte, unregelmäßige, fixierte Geschwulst, Erbrechen nach dem Essen, starke Abmagerung. Gegen die Diagnose Pyloruskarzinom sprach die freie Salzsäure im Mageninhalt und eine Dämpfung im Becken. Die Geschwulst erwies sich bei der Operation als tuberkulöses, mit den benachbarten Darmschlingen verwachsenes Netz. Heilung mit völligem Verschwinden der Geschwulst. **Mohr** (Bielefeld).

33) **E. Steffen** (Regensdorf b. Zürich). Die Behandlung der freien Hernien mit Alkoholinjektionen.
(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 369. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1904.)

S. hat seine Versuche mit der Schwalbe'schen Hernienbehandlung, über deren Ergebnisse er schon im Jahre 1891 (s. Referat im Zentralblatt für Chirurgie 1891 p. 886) berichtet hatte, weiter fortgesetzt und teilt nunmehr die Resultate in den bis zum Jahre 1898 behandelten Fällen mit. Zu den Injektionen benutzte er meist eine Mischung aus Alcoh. absol., Aq. dest. āā 50,0, Acid. phosph. dil., Formalin āā gtts. X, hier und da auch das Eichenrindenextrakt, um eine stärkere örtliche Reaktion zu erreichen; die Art des Vorgehens wird ausführlich beschrieben. In einigen Fällen traten im Verlauf oder nach Schluß der Behandlung Nierenerkrankungen auf, deren Entstehung durch jene indes nicht erwiesen ist. Im ganzen wurden 1052 Pat. mit 1372 Hernien dem Verfahren unterworfen; statistisch verwertbar waren 901 Kranke mit 1182 Brüchen. Gute Anfangsresultate wurden in 75% erzielt; davon rezidivierten ca. 12,5%. Wie sich dieselben je nach dem Alter und Geschlecht der Pat., nach der Art und Größe der Hernien usw. gestalteten, möge in dem Vortrage nachgelesen werden.

S. hält das Verfahren für eine durchaus brauchbare Ergänzung in der Behandlung der freien Hernien, welche für eine große Anzahl von Fällen geeignet und vielen Kranken willkommen sei. **Kramer** (Glogau).

34) **K. Staatsmann.** 3 Fälle von primärer Einklemmung des Wurmfortsatzes. (Aus der Heidelberger chirurg. Klinik.)
(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 14.)

Die 3 Fälle fanden sich unter 28 Hernien, bei denen der Wurmfortsatz allein oder neben anderen Eingeweideteilen vorgefunden wurde, und unter 350 einge-

klemmten Brüchen. Sie betrafen sämtlich Schenkelbrüche bei Frauen und verliefen ohne Allgemeinerscheinungen als Folgen gestörter Darmfunktion. Im ersten Falle lag der Wurmfortsatz in Schlingenform im Bruchsack und war brandig geworden; bei den 2 anderen Pat. war sein unteres Ende eingeklemmt (Resektion in den letzteren Fällen). **Kramer** (Glogau).

35) **Stewart.** Volvulus of the omentum.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. März 19.)

35jähriger, kräftiger Mann erkrankte unter den typischen Erscheinungen der Appendicitis. Die alsbald vorgenommene Laparotomie ergab gesunden Wurmfortsatz, dagegen ein 360° um sich selbst gedrehtes, jenseits der Drehungsstelle gangränöses Netz; die Ausdehnung des brandigen Teiles betrug 15 × 7,5 cm. Genesung. Im ganzen konnte Verf. nur noch acht ähnliche Fälle auffinden, die angeführt sind. Sieben davon betrafen männliche Individuen. Bei allen trat die Krankheit sehr stürmisch auf, nie wurde eine richtige Diagnose gestellt, meistens Brucheinklemmung angenommen. Eine Geschwulst konnte fünfmal gefühlt werden. Sichere Anhaltspunkte für Diagnose lassen sich nicht geben. Die Behandlung muß in sofortiger Operation bestehen. Verursacht war die Drehung viermal durch gewaltsames Zurückbringen eines eingeklemmten Bruches, starkes Husten einmal und viermal unbekannt. **Trapp** (Bückeburg).

36) **Sheldon.** Cirrhosis of the stomach.

(Annals of surgery 1904. Nr. 3.)

Ein Mann litt seit Jahren an nach dem Essen und Trinken auftretenden Magenschmerzen und Erbrechen. In der letzten Zeit hatte er seinen Appetit verloren und erheblich an Gewicht abgenommen. Bei dem anämischen, arteriosklerotischen Pat. konnte klinisch nur festgestellt werden, daß bei der Magenausspülung der Magen nur sehr wenig Flüssigkeit — nicht mehr als 6 Unzen — zu fassen vermochte. Bei der wegen Verdacht auf Pylorusstenose ausgeführten Laparotomie wurde ein nur 6 Zoll langer, 2 Zoll im Querdurchmesser betragender Magen angetroffen, dessen Magenwand sich bei der Ausführung der Gastroenterostomie 1 cm dick und sehr hart erwies. Die Schleimhaut war atrophisch. Die Operation hatte einen sehr guten Erfolg, der Kranke fühlte sich später dauernd wohl.

Nach des Verf. Ansicht handelte es sich in dem Falle um eine Sklerose der Magenwand, eine Cirrhosis ventriculi, welche oft mit diffuser karzinomatöser Infiltration verwechselt wird. Aus der Literatur stellte er 10 derartige Fälle zusammen, in welchen durch die Autopsie die Diagnose sicher gestellt wurde. Die anatomischen Erscheinungen bestehen bei dem besprochenen Leiden in einer Verkleinerung des ganzen Magens, einer Verhärtung der Wand, besonders in der Pylorusgegend. Die Submukosa ist verdickt und reich an fibrösem Gewebe, die Schleimhaut ist glatt und atrophisch. Das Alter der Pat. schwankte zwischen 30 und 36 Jahren. Alkohol scheint keine, eher Heredität eine Rolle zu spielen. Männer und Frauen werden gleich häufig betroffen. Die klinischen Symptome bestehen in Erbrechen, Magenschmerzen, Stuhlverstopfung und Abmagerung. Die Behandlung besteht in der Gastroenterostomie. **Herhold** (Altona).

37) **L. Szuman.** Gastroenterostomie mit Chlumsky's Darmknopf aus Magnesium.

(Nowiny lekarskie 1904. Hft. 5.)

Verf. beschreibt eine glücklich ausgeführte Magen-Darmanastomose mit Chlumsky's resorbierbarem Darmknopf aus Magnesium, welcher in diesem Blatte 1901 Nr. 15 beschrieben wurde. **Bogdanik** (Krakau).

38) **Bastianelli.** Strozzamento acuto di anse del tenue attraverso ad una fessura congenita del colon trasverso essendo il colon trasverso in retroposizione. Laparotomia. Guarigione.

(Policlinico. Ser. chir. 1904. Nr. 2.)

45jährige Frau, leidet seit 12 Jahren an Schmerzen in der Nabelgegend, die zur Zeit der Verdauung sich steigern und von gurrenden Geräuschen und weiter

von abwechselnder Verstopfung, Durst und Diarrhöe gefolgt sind. Dann traten akute Einklemmungserscheinungen auf. Die Laparotomie stellt fest, daß Dünndarmschlingen von oben (hinten) durch ein Loch des Mesokolon hindurchgetreten waren. Das Kolon lag mit kurzem Gekröße dicht der Wirbelsäule auf, über die Schlingen herübergespannt. Es hatte offenbar keine Beziehungen zum Magen und Netzbeutel eingegangen. Das Netz lag über den Darmschlingen, Magen und Leber normal. Die Ursache liegt also an einer anormalen kongenitalen Lagerung des Coecum (und Kolon), welches anstatt vor dem Dünndarm nach rechts, hinter den Därmen auf der Wirbelsäule hergegangen ist.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

39) **R. Faltin. Kasuistische Beiträge zur Pathologie und Therapie des Volvulus des Coecum.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 355.)

In der Universitätsklinik zu Helsingfors, aus welcher die Arbeit hervorgegangen ist, scheinen, wie überhaupt in Finnland, Fälle von Volvulus des Blinddarmes verhältnismäßig häufig zu sein. Unter einer früheren kasuistischen Zusammenstellung F.'s über die Krankheit mit 75 Fällen stammten 12 aus der genannten Klinik. Seitdem hat F. noch 2 einschlägige Fälle operiert, u. zw. mit Glück, den 1. mittels Rückdrehung, den 2. mittels Resektion und Anlage eines Kunstafters. Diese Fälle werden beschrieben, 3 weitere Krankengeschichten, anderen finnischen Ärzten gehörig, hinzugefügt und eine sehr beachtenswerte klinische Allgemeinbesprechung der Krankheit gegeben.

Es hat sich gezeigt, daß das Leiden ein sehr charakterisiertes ist, das demgemäß ähnlich wie die Invagination oder der Volvulus der Flexur speziell diagnostiziert werden sollte. »Wenn ein junger Mann plötzlich mit Bauchschmerzen, Erbrechen und Stuhlverstopfung erkrankt, nachdem er schon früher mehrmals ähnliche schwerere oder leichtere Anfälle durchgemacht hat, wenn ein schräg oder quer verlaufender lokaler Meteorismus, gewöhnlich mit erloschener Peristaltik, sichtbar ist, wenn der Bauch keine nennenswerte Druckempfindlichkeit aufweist, wenn per rectum eine so große Quantität Wasser eingegossen werden kann, daß ein tiefbelegenes Dickdarmhindernis ausgeschlossen werden kann, wenn weiter der Verlauf verhältnismäßig chronisch ist und das Erbrechen, welches für eine Zeit aufhören kann, erst spät einen fäkulenten Charakter bekommt, da hat man das typische Bild des Coecum volvulus.« Ätiologisch hebt F. hervor, daß die volkstümliche Nahrung in Finnland unzweckmäßig und schlecht zubereitet ist (saures Brot, saure Milch, Kartoffeln, stark gesalzene rohe Fische usw.). Die gerade junge kräftige Pat. oft betreffende Krankheit scheint nicht selten sich an heftige Anstrengungen und Körperbewegungen bei der Arbeit anzuschließen. Eine heftige Strangulation des Darmes wird verhältnismäßig nur selten ausgelöst, auch ist die Verstopfung bei der Krankheit meist nur relativ. Sehr auffällig ist der quer über den Leib und u. a. auch links in der Magengegend sichtbare Meteorismus infolge der mächtig aufgeblähten Kolonteile. Der sich verflüssigende Kot in dem großen lufthaltigen Darmsacke gibt sodann zu höchst auffälligen plätschernden Sukkussionsgeräuschen Anlaß. Die Schmerzanfälle scheinen durch gewisse Lageveränderungen verschlimmert, durch andere gelindert zu werden, was wohl mit Änderungen in der Gekrößspannung zusammenhängt. Manchmal scheinen Volvuli durch Drehungen der Pat. um ihre Körperachse gelöst worden zu sein. Aufgabe der Laparotomie ist vor allem, die torquierten Därme zurückzudrehen. Ist der Darm nicht gangränös, so soll auch etwas trübes peritonitisches Exsudat nicht davon abhalten, den Bauch ganz zu schließen. Nur in einzelnen Fällen nach Resektion und wo das Exsudat eitrig oder jauchig ist, mag tamponiert werden. Nach Beseitigung des Volvulus ist auf ordentliche Darmentleerung zu achten, sowohl durch Abführmittel als auch durch tägliche Klistiere und Spülungen. In den ersten Tagen post operationem ist reichlich Wasser zuzuführen durch den Mastdarm, subkutan, intravenös. In dem letzten seiner eigenen Fälle, wo reseziert war, benutzte F. in sehr wirkungsvoller Weise die Lichtung des in die Wunde

genähten abführenden Darmschenkels zur Wasserirrigation. Die Erfolge der bisher publizierten Operationen ergaben, daß von 59 mit Detorsion behandelten Fällen 28 — also fast jeder 2. Pat. — heilten. Reseziert ist bisher 9mal. Nur 3 Pat. kamen mit dem Leben davon. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

40) **Frattin.** Due casi di tumore primitivo in diverticoli del canale digerente.

(Policlinico, Ser. chirurg. 1903. Nr. 11.)

1) Sektionsfall. Großes Divertikel des Mastdarmes wahrscheinlich angeboren, mit einem die Wand durchsetzenden und in die Rektallichtung durchgebrochenen tubulären Adenom von papillärem Aussehen.

2) Ebenfalls bei Sektion gefundene Geschwulst in einem Speiseröhrendivertikel; es war die Gastrostomie gemacht worden. 5 cm lange Speiseröhrenstenose, die nur dünnen Katheter durchläßt, in Höhe des Ringknorpels. Darunter saß das Divertikel. Die Stenose beruht auf einer vom letzteren ausgehenden, Submucosa und Muscularis einnehmenden, das Epithel ganz intakt lassenden Geschwulstbildung, die als Lymphangiendotheliom bestimmt wird. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

41) **H. Haberer.** Anwendung und Resultate der seit April 1901 in Hofrat v. Eiselsberg's Klinik in Wien ausgeführten lateralen Enteroanastomosen, nebst einem Anhang über die seit derselben Zeit ausgeführten totalen Darmausschaltungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 3.)

Es handelt sich im ganzen um 35 Fälle von lateraler Enteroanastomosenbildung am Darme. Die Technik der Operation ist genau beschrieben. Die Darmnaht wird nach Wölfler ausgeführt, d. h. erst kommt eine hintere fortlaufende Seromuscularis-, dann hintere Serosanaht, darauf vordere Mucosa-, vordere Seromuscularisnaht. Meist wird die fortlaufende Naht noch durch eine Lembertnaht gesichert und event. nach Senn Netz über diese genäht. Einigemal wurde wegen starker Anfüllung des Darmes die Enterotomie ausgeführt. Die Anastomosenschlingen wurden im Sinne der Peristaltik aneinander gelegt. Wenn möglich dafür die tiefste Partie des Ileum gewählt. Von den 35 Pat. starben 7. Die Resultate der Einzelfälle sind tabellarisch zusammengestellt. Sie sind natürlich verschieden je nach dem Grundleiden, das zur Operation führte und das in der Mehrzahl der Fälle aus karzinomatösen, tuberkulösen Strikturen, chronischer Appendicitis und Volvulus bestand. In 15 Fällen von Karzinom war die Erkrankung so weit fortgeschritten, die Metastasenbildung in den Drüsen so reichlich, daß von einer radikalen Operation keine Rede sein konnte und die Enteroanastomose als palliativer Eingriff vorgenommen wurde. Verf. bespricht des genaueren, warum gerade dieser Methode der Vorzug gegeben wurde gegenüber den anderen event. in Betracht zu ziehenden Verfahren, wie dem Kunstafter, der totale und der unilaterale, Darmausschaltung. Anders wie beim Krebs liegt die Sache bei der Darmtuberkulose, welche zur Enteroanastomosenbildung Anlaß gibt; denn hier handelt es sich um einen heilbaren Prozeß. Die Resektion tuberkulöser Herde im Darm ist deshalb sehr einzuschränken, weil oft multiple Prozesse vorhanden sind, und ferner, weil die Pat. meist in ihrem heruntergekommenen Zustande die große Operation nicht vertragen würden, namentlich wenn die Ausdehnung der Erkrankung oder die Verwachsungen in der Umgebung der tuberkulösen Herde sehr umfangreich sind. Von 13 Pat., welche wegen Darmtuberkulose operiert wurden, starb keiner. Die allgemeinen Dauerresultate bezeichnet Verf. als befriedigende. Ebenfalls günstig waren die Erfolge bei drei Pat., die wegen Stenose durch chronische Appendicitis und durch postoperative Verwachsungen eine Enteroanastomose angelegt bekamen. Im ganzen hat sich also die letztere als ein ausgezeichneter palliativer Eingriff erwiesen, wo es sich um inoperable Darmstenosen handelt. Bei drohender oder bestehender Darmparalyse soll ihr die Enterotomie vorangehen. Wo irgend möglich ist die Enteroanastomose dem künstlichen After vorzuziehen, der nur dort in Betracht käme, wo man

bei schon bestehender Peritonitis ein Nahtklaffen zu befürchten hätte. Bei operablen Geschwülsten ist die Enteroanastomose eine gute Präventivoperation, wenn schlechter Allgemeinzustand nicht die sofortige Resektion erlaubt, die dann in einer zweiten Sitzung vorzunehmen wäre. Am Schluß der Arbeit sind noch zwei in derselben Zeit operierte Fälle ausführlich beschrieben, bei welchen eine totale Darmausschaltung vorgenommen wurde. Einmal handelte es sich um eine Fistula stercoralis externa tuberculosa, welche eine totale Ausschaltung des Blind- und des angrenzenden untersten Dünndarmes nötig machte. Pat. starb 16 Monate später an allgemein verbreiteter Tuberkulose. Bei der zweiten Pat. war ein Blinddarmkrebs in die Blase durchgebrochen. Blinddarm nebst angrenzenden Darmteilen mußten ausgeschaltet werden. Die Pat. erlag indessen den Folgen der Operation. Zur Übersicht ist eine Tabelle über sämtliche bisher von v. Eiselsberg ausgeführte 75 teils partielle, teils totale Darmausschaltungen beigefügt, welcher noch die ausführlichen Krankengeschichten der 35 jüngeren Fälle folgen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

42) **Hofmeister.** Über akute infektiöse Cholecystitis (Cholecystitis necroticans).

(Med. Korrespondenzblatt des Württemb. ärztl. Landesvereins 1904. Nr. 9 u. 10.)

H. teilt die Krankengeschichten von vier operierten Fällen mit, sämtlich Frauen, von denen drei in den ersten Tagen des Anfalles, die vierte 7 Wochen nach Beginn der akuten Erscheinungen operiert wurden. Die Gallenblase wurde jedesmal entfernt, und damit der ganze Infektionsherd beseitigt. Auch gibt die Ektomie in viel höherem Grade die Möglichkeit, alle Steine, zumal den Schlußstein im Cysticus zu entfernen; in zwei Fällen des Verf., wo die Schlußsteine in divertikelartigen Ausbuchtungen lagen, wäre deren Entfernung durch die Blase absolut unmöglich gewesen. Auch die Infektionsgefahr ist bei der Cystektomie geringer. Dazu ist gerade bei diesen Operationen im akuten Anfalle die Technik der Cystektomie nicht schwierig, da die vergrößerte Gallenblase eine gute Handhabe gibt, die frischen Verwachsungen sich leicht lösen lassen und die entzündliche Erweichung des Gewebes die stumpfe Abtrennung von der Leber begünstigt. Hervorzuheben ist die große Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit dem appendicitischen Anfall; in einem der Fälle war der Wurmfortsatz noch ganz in die frischen entzündlichen Verklebungen in der Umgebung der Gallenblase eingebettet. In allen vier Fällen bestand Steinverschluß des Cysticus, der durch das Fehlen von Gallenfarbstoff als länger schon vorhanden erwiesen wurde. Eine Infektion der abgeschlossenen, hydropischen Blase vom Darm oder vom Blut aus bewirkt akute Vermehrung des Inhaltes durch entzündlichen Erguß; durch die enorme Wandspannung wird die venöse Zirkulation gehemmt und schließlich ganz aufgehoben. Die Folge ist eine serös-blutige Durchtränkung der Wand und schließlich Nekrose. Wenn Czerny zur Erklärung der Nekrose darauf hinweist, daß die Art. cystica die Rolle einer Endarterie spiele und die Unterdrückung der Zirkulation in ihr die Ernährung der Gallenblase gefährde, so konnte H. in seinen Fällen eine solche primäre Schädigung der arteriellen Blutzufuhr nicht feststellen; er fand Stamm und Äste der Arterie stets offen. **Mohr** (Bielefeld).

43) **Schlayer.** Leberabszeß im Rückfalle.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 8.)

S. versteht unter obiger Bezeichnung das Wiederlebendigwerden eines bereits seit längerer Zeit vollständig zur Ruhe gelangten Abszesses, der gleichzeitig mit dem ersten, erfolgreich operierten entstanden war. Die klinischen Erscheinungen waren in den vom Verf. beobachteten Fällen geringer als beim Primärabszeß, die Diagnose dadurch schwieriger. Falls Palpation und Leberuntersuchung keinen genügenden Anhalt für den Sitz des Abszesses geben, wird derselbe am ehesten in der Nähe der alten Narbe zu suchen sein. **Kramer** (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 24. **Sonnabend, den 18. Juni.** **1904.**

(Aus dem S. Giovanni-Hospital in Turin.)

Die Anwendung der elastischen Binde beim Wechsel des Verbandes von Gliederwunden.

Von

Primararzt Dr. L. Isnardi,
Privatdozent für Chirurgie.

Der heikelste Augenblick bei Behandlung einer Wunde ist der Verbandwechsel, und die Gefahren für den Pat. vermehren sich, wenn er häufig vorgenommen werden muß. Es gibt Wunden, bei denen der Verband nicht abgenommen werden kann, ohne daß starke Blutung stattfindet. Und die Blutung führt nicht nur zu weiterer Schwächung, sondern hat auch andere schwere Folgen. Da der blutende Teil mit größter Eile wieder verbunden werden muß, kann

keine sorgfältige Untersuchung der Wunde vorgenommen werden. Die Gaze wird vom Blute durchtränkt und bleibt an den Wundrändern kleben, so daß man sie beim Anlegen des neuen Verbandes kaum entfernen kann, ohne einen starken Zug auszuüben und dadurch die Blutung wieder anzufachen. Auch die kruente Wundfläche und alle tiefen Wundwinkel werden vom Blut eingenommen, das der beste Nährboden für Mikrobien ist, und jeder Chirurg kennt die Gefahren der Hämatome. Führt man in eine Bucht einen Tampon ein, so verschleppt dieser das Blut, das er beim Streifen der Wandung in sich aufnimmt, in die Tiefe der Bucht.

Ist die Wunde schon mit Granulationen bedeckt, dann bilden diese, wie bekannt, nach fünf Tagen eine unüberwindliche Barriere für jedes Virus. Durchreißt man nun beim Abnehmen des Verbandes diese Granulationen, so verletzt man nicht nur ein Gewebe, das geschont werden muß, und hemmt den natürlichen Fortgang der Reparation, sondern durchbricht auch diese vorsorgende Barriere und öffnet der Sepis neue Wege; wohl alle werden nach einem schlecht bewerkstelligten Verbandwechsel Auftreten von Fieber oder eine Zunahme desselben beobachtet haben.

Zur Verhütung dieser Übelstände sind schon viele Mittel empfohlen worden. Manche wenden Schmiermittel an, unter deren Decke jedoch die Granulationen oft ödematös werden, aufschwellen und eine graue Färbung annehmen, weil die Salbe die Gaze ganz durchdringt und sie ihrer wichtigsten Eigenschaft, nämlich ihres Resorptionsvermögens, beraubt. Andere feuchten den Verband an, bevor sie ihn abnehmen; aber dieses Verfahren ist langwierig, erheischt Wasser von stets konstanter Temperatur und gibt die Wunde einer Infektion preis; denn das Wasser bringt, indem es von den oberflächlichen Gazelagen in die tiefen dringt, den von der Wunde ausgeschiedenen Eiter, der dadurch, daß er stundenlang mit der Außenluft in Berührung stand, virulenter geworden ist, mit der blutenden Fläche in direkten Kontakt.

Durch Anwendung feuchter Gaze werden die Übelstände nicht beseitigt, denn dieselbe trocknet bald aus. Die Behandlung mit feuchten Verbänden, deren Austrocknung durch wasserdichte Stoffe verhindert wird, ist als allgemeines Verfahren nicht annehmbar.

Der ideale Verband ist, meiner Meinung nach, bei nur ganz wenig eiternden Wunden der einfache, trockene, bei stärker eiternden Wunden der mit Kautschukpapier (Guttapercha) versehene trockene Verband. Sorgt man dafür, daß die Guttapercha den Gazebausch nur auf $^4/_5$ seiner Weite bedeckt, dann wird der Verband nicht feucht werden; denn alsdann kann dort, wo die Gaze unbedeckt ist, die Feuchtigkeit zum Teil verdunsten, und es wird nur soviel von ihr zurückbleiben, als zur regelrechten Entwicklung der Zellen, die die Narbe herstellen, erforderlich ist. Auch wird sich dann nicht jene Kruste bilden, die unter einem zu trockenen Verbande zustande zu kommen pflegt und die eine Stauung begünstigt.

Solch ein trockener Verband bleibt nun aber mehr als jeder andere an den Granulationen kleben, und der Verbandwechsel hat deshalb gar zu leicht eine Beschädigung derselben und oft starke Blutung zur Folge.

Um diese Übelstände zu verhüten, bediene ich mich, — seit zwei Jahren, und mit Erfolg, — der elastischen Binde. Man verfährt wie vor Beginn eines Operationsaktes: Nachdem das Glied vertikal aufgerichtet worden ist, legt man an seiner Wurzel oder etwas oberhalb der Wunde eine hämostatische Binde an, wechselt den Verband der Wunde und entfernt dann wieder die Binde. Man könnte meinen, daß nach Entfernung der Binde Blutung erfolge, aber wie mich die Erfahrung vieler Fälle gelehrt hat, geschieht dies glücklicherweise nicht. Bei einem Individuum, bei welchem der ganze Handrücken infolge von Verbrennung wund war, habe ich zu wiederholten Malen, versuchshalber, die Binde angelegt und dann den Verband von drei Fingern abgenommen, darauf die Binde entfernt und den Verband von den übrigen zwei Fingern abgenommen; diese letzteren zwei Finger bluteten jedesmal, die ersteren drei gar nicht oder nur wenig. Dies beweist, daß bei einer und derselben Wunde die Granulationen nicht eingerissen werden, wenn man den Verband nach Anlegen der Binde abnimmt, wohl aber, wenn diese Maßnahme wegfiel. Dies läßt sich physiologisch erklären.

In natürlichem Zustand, ohne Binde, sind die dünnen Wände der Granulationsgefäßchen dem positiven endovasalen Drucke, der im ganzen Blutstrome besteht, unterworfen; kommt nun die Traktion hinzu, die durch das Abreißen des angeklebten Verbandes ausgeübt wird, welche Traktion in dem gleichen Sinne wirkt wie der endovasale Druck, so vermögen die dünnen Wände dieser Gefäßchen nicht zu widerstehen und zerreißen. Wird das Glied erhoben und die Binde angelegt, dann reduziert sich der endovasale Druck auf Null, infolgedessen von den beiden Kräften nur noch eine bleibt, die Traktion der Gaze, die für sich allein, wenn man keine übermäßige Gewalt anwendet, die Gefäßwände nicht zu zerreißen vermag.

Deshalb gestattet die Binde einen unblutigen Verbandwechsel und gewährt einen nicht augenblicklichen, sondern definitiven Nutzeffekt, und dieser Nutzeffekt ist ein doppelter; denn es wird ein Blutverlust und eine Verletzung des zarten Granulationsgewebes vermieden.

Das wiederholte Anlegen der Binde ist mit keinen Übelständen verbunden. In mehreren Fällen drangen, nach der ersten Applikation, die Verletzten selbst auf Anlegen der Binde bei jedem weiteren Verbandwechsel, wobei sie angaben, der in dieser Weise vorgenommene Verbandwechsel sei weniger schmerzhaft.

Anfangs bediente ich mich der Gummischlauch- oder der Esmarch'schen Binde; seit einiger Zeit wende ich jedoch einen dem Riva-Rocci'schen Sphygmomanometer ähnlichen Gummischlauch an, wie solcher auch von Henle (d. Bl. 1904 Nr. 13) empfohlen wurde.

Mein Gummischlauch ist jedoch einfacher als der Henle'sche, da er mit keinem Registrierapparat versehen ist. Es ist der gleiche Schlauch, den ich bei Operationen an Gliedern anwende; er ist mit einem leinenen Überzug versehen, der jedesmal gewechselt und desinfiziert werden kann. Er hat außerdem den Vorzug, daß er mit Leichtigkeit aufgebläht und zum Schrumpfen gebracht werden kann, weshalb er ermöglicht, Blutungen zu stillen, den Blutstrom frei zu lassen und ihn wieder zurückzuhalten, — wie dies gegen das Ende einer Operation erforderlich ist —, ohne daß der Operateur Zeit zu verlieren und die Binde abzunehmen und wieder anzulegen braucht.

Dieses Verfahren habe ich in etwa 30 Fällen mit Erfolg angewendet.

Der erste Fall betrifft ein Mädchen, bei welchem durch ein Zahnrad eine Riß-Quetschwunde am Ellbogen hervorgerufen worden war mit ausgedehnter Lazeration der Haut, Gelenkseröffnung und Splitterbruch des Speichenkopfes. Das Gelenk konnte nicht gehörig drainiert werden; es bestand reichliche Eiterung und anhaltendes Fieber, weshalb der Verband täglich ein- bis zweimal erneuert werden mußte. Bei jedem Verbandwechsel fand jedoch ziemlich starke Blutung statt, die durch die Unruhe des Kindes begünstigt wurde. Man war schon im Begriffe, den Arm zu amputieren, als ich einen Versuch mit der Esmarch'schen Binde machte, der gut ausfiel. Die Binde wurde nun bei jedem weiteren Verbandwechsel angelegt, wohl 70mal, bis endlich Heilung erfolgte mit Ankylose des Ellbogens. Gewöhnlich braucht man jedoch die hämostatische Binde nur 5—10mal anzulegen; die Granulationen, die weder verletzt noch infiziert werden, werden dann bald stärker und bluten nicht mehr.

In fünf Fällen waren Gelenkresektionen wegen Arthrokace vorgenommen worden, und zwar in drei Resektion des Knies, in einem Resektion des Fußes und in einem die Obalinsky'sche Resektion.

Nach ausgeführter Resektion tamponiere ich die Nischen mit Jodoformgaze und vernähe die übrige Wunde. 24 Stunden darauf wechsle ich unter Beihilfe der Binde den Verband, entferne die Tampons definitiv und lege einen flachen Verband an.

In vier Fällen handelte es sich um Sequestrektomie der Tibia bei akuter Osteomyelitis.

In einem Falle um eine Wunde, die nach Auskratzung einer Hauttuberkulose des Unterschenkels zurückgeblieben war.

In zwei Fällen um schweres Panaritium der Hand mit Diffusion auf den Vorderarm.

In zwei Fällen um ausgedehnte Verbrennungen beider Hände.

In den übrigen Fällen handelte es sich um schwere Schußwunden, Unfallverletzungen usw.

---

1) **Mendes de Leon.** Über die Gefahren der Wundinfektion durch das Sprechen bei Operationen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 4.)

Verf. gibt eine Übersicht über die in der Literatur veröffentlichten Befunde von pathogenen Bakterien in der Mundhöhle des Menschen, sowie über die verschiedenen bisher angestellten Untersuchungen über die Verbreitungsmöglichkeit solcher Mikroorganismen durch die beim Sprechen an die Umgebung abgegebenen Speicheltröpfchen. Die Möglichkeit, daß durch das Sprechen verbreitete infektiöse Keime Störungen der Wundheilung bedingen können, hat den Verf. zu eigenen Versuchen in dieser Richtung angeregt. Vor allem suchte er zu bestimmen, welche Arten von Mikroorganismen beim Sprechen in der Luft verbreitet werden. Es wurde zu diesem Zweck ein eigener Apparat konstruiert, um möglichst sonstige Luftbakterien auszuschließen und nur die durch die gesprochenen Worte verbreiteten aufzufangen. Interessant sind die beigegebenen Protokolle, welche zeigen, daß selbst die als die ruhigsten Operateure bezeichneten Herren viele hundert Worte während eines chirurgischen Eingriffes sprachen. L. fand nun, daß die Menge der beim Sprechen von ca. 300 Worten in die Luft gelangenden Keime ungefähr $^1/_4$ Million beträgt. Zahlreiche Experimente ergaben immer wieder das gleiche Resultat, daß es sich dabei hauptsächlich um vier Arten handelte, nämlich um Streptokokken, welche die überwiegende Majorität bildeten, ferner um Diplokokken, Staphylokokken und Sarcine. Impfversuche, die mit den erhaltenen Bakterien an Tieren vorgenommen wurden, sprachen dafür, daß sie auch bei Menschen an Operationswunden eine entzündungserregende Wirkung haben können. Um diese von der Mundhöhle des Operateurs und der Assistenten drohende Gefahr der Wundinfektion zu beseitigen, hat man Ausspülungen mit desinfizierenden Mundwässern empfohlen. Es ergab sich indessen aus diesbezüglich angestellten Experimenten, daß es nicht gelingt, auf solche Art, wie sie praktisch brauchbar ist, die Mundhöhle zu desinfizieren. Auch Mullmasken erwiesen sich nicht als geeignet zur Verhütung der Ausbreitung infektiöser Keime, da die Möglichkeit bestehen blieb, daß fein verteilter Speichel seinen Weg durch die Maschen der Gaze nahm. Verf. konstruierte deshalb einen Apparat, der aus einem helmförmigen größeren Teile besteht. In demselben befindet sich eine große Zahl kleiner Öffnungen. Der Rand ist mit einem Duritsaum umgeben, um einen möglichst hermetischen Abschluß zwischen diesem und und der Umgebung des Mundes zu erhalten. Auf ihm sitzt, mit einem Scharnier beweglich, ein kleinerer Helm, ebenfalls mit kleinen Löchern versehen. Der Zwischenraum zwischen beiden Helmen wird mit Watte ausgefüllt. Der ganze Apparat wird durch elastische Bänder und Pincenezhalter an den Ohren befestigt und gegen den Mund angedrückt. Er kann bequem sterilisiert werden und wird ohne Belästigung getragen. Die Resul-

tate, die mit ihm erzielt wurden, ließen nichts zu wünschen übrig. M. hält es auf Grund seiner Untersuchungen für eine gebieterische Pflicht, die beim Sprechen während der Operation so massenhaft nach Außen kommenden Bakterien von der Wundfläche fern zu halten. Am besten geschieht dies durch den von ihm beschriebenen Speichelfänger.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

2) **H. Strebel.** Das Lichtbrandverfahren.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXII. p. 337.)

S. hat Lampen konstruiert, in denen durch ein System von Linsen oder Spiegeln bezw. durch eine Kombination beider die strahlende Wärme eines durch mindestens 3 Ampères erzeugten Voltabogens ebenso wie die Sonnenwärme durch ein Brennglas in einen fokalen Brennfleck konzentriert wird. Es können mit Leichtigkeit 300—400 Hitzegrade hiermit hergestellt werden, die Verf. mit trefflichen Resultaten zu lokalen Verbrennungen verschiedenster Art benutzt hat (»Elektrophotokaustik«). Durch passende Dosierung der Hitzeanwendung können Effekte von einer oberflächlichen Blasenbildung bis zu völliger Verkohlung hergestellt werden, wobei sich zeigt, daß die Gewebe mit reicher Blutversorgung infolge der Kühlwirkung durch das Blut widerstandsfähiger als die mehr trockenen und blutarmen sind. Die behandelten Hautstellen sind nach Abstellung der Hitzebestrahlung gar nicht mehr schmerzhaft, die gesetzten Brandwunden eitern stark, heilen aber gut. Durch Vorschaltung gelochter Blenden kann der heiße Strahlenkegel auf beliebig kleine Flecke eingeengt, und durch ein Kühlkompressorium kann die Brandwirkung auch fast schmerzfrei durchgeführt werden. S. hat das Verfahren erfolgreich angewandt zur Stillung von Blutungen, sowie zur Zerstörung von kleinen Warzen, Kondylomen, Angiomen, Naevi, Ulcus molle und durum u. dgl. Besonders bedeutsam sind die Heilwirkungen bei Lupus und Cancroiden, wo von ganz frappierenden Erfolgen Meldung gemacht wird. Nach des Ref. Dafürhalten hat das Verfahren in der Tat große Vorzüge vor anderweitigen Brennmethoden. Der Finsen'schen Lichttherapie, die bekanntlich nur die chemischen Lichtstrahlen ausnutzt, will es keine Konkurrenz machen, wohl sie aber in bestimmter Richtung ergänzen, und zwar dergestalt, daß die »Behandlungszeit des einzelnen Lupusfalles abgekürzt wird«. Das S.'sche Instrumentarium, das patentiert werden soll, ist durch C. Distler, München, Wiedenmayerstr. 4, zu beziehen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

3) **W. Leonhardt.** Experimente und Studien zur Hirndruckfrage.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXI. p. 35.)

Verf., Dr. und Unter-Veterinär, berichtet ausführlich über Experimente, welche er mit großem Fleiß und Ausdauer im physiolo-

gischen Institut zu Straßburg unter Professor Ewald ausgeführt hat. Die Versuche sind derart angeordnet, daß bei Tauben und Kaninchen ausgedehnte Schädeldachresektionen vorgenommen und zunächst die völlige Wundheilung abgewartet wurde. An den derart präparierten Tieren ist dann von Zeit zu Zeit mittels Fingerdruck auf die Trepanationslücken zu wiederholten Malen Hirnkompression in der verschiedensten Intensität und Dauer vorgenommen und sowohl die unmittelbaren Folgen dieser Behandlung als auch der weitere Verlauf sorgfältig notiert. Dieselben Tiere sind ganzen Reihen von Hirnkompressionen unterworfen und haben monate-, selbst jahrelang in Kontrolle gestanden.

Die Versuchsprotokolle gaben viele sonst in den chirurgischen Experimenten über Hirndruck nicht beachtete Einzelheiten, die aber mehr physiologischen Wert haben, während Dinge, die den Chirurgen interessieren, Pulsdruckmessungen u. a., nicht berücksichtigt sind. Im ganzen scheint dem Ref., daß L.'s Arbeit für unser Spezialfach wenig Bedeutsames bringt, weshalb von näherer Berichterstattung abgesehen wird. Nur folgende Einzelheiten seien kurz erwähnt. L. kam zu der Ansicht, daß Hirndruck keinen Schmerz erzeugt — die Flucht- und Abwehrbewegungen der behandelten Tiere führt er im wesentlichen auf Äußerungen der Angst zurück. Er fand ferner, daß die pathologischen Wirkungen des Druckes in ihrer Intensität wesentlich von individuell sehr verschiedener Empfindlichkeit bezw. Toleranz der einzelnen Tiere abhängig sind. Weibliche Tiere schienen stets widerstandsfähiger. In der bekannten Kontroverse v. Bergmann contra Adamkiewicz glaubt Verf. sich ganz auf Seite des letzteren stellen zu müssen. Eine Beobachtung an zwei mit großen, nach den Schädelresektionen hinterbliebenen Meningokelen behafteten Tauben hat hier Interesse. Das Tier wurde mit einem Scherenschlag durch den Hals rasch dekapitiert, der Rückgratskanal sofort durch den Finger zugedrückt. Beim Ausbluten des Kopfes fiel auch die Meningokele zusammen; also konnte sich der Liquor ecrebrospinalis auch sofort entleeren, obwohl ihm das Entweichen in den Rückgratskanal versperrt war. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

4) **Murray.** The treatment of pulsating exophthalmus.

(Annals of surgery 1904. Nr. 3.)

Pulsierender Exophthalmus ist nach Verf. in den meisten Fällen die Folge eines arterio-venösen Aneurysmas zwischen Carotis interna und Sinus cavernosus, in einer kleineren Anzahl von Fällen die Folge eines Aneurysmas der Arteria ophthalmica. 71% dieser Krankheit sind traumatischen, 29% spontanen Ursprunges infolge chronischer Endarteriitis der Carot. int. Die objektiven Erscheinungen sind bedingt einmal durch die Verbindung zwischen Carot. intern. und Sinus cavernosus und zweitens durch den Druck, welchen das aus der Rupturstelle der Arterie ausgetretene Blut auf den Sinus cavernosus ausübt.

Spontane Heilung des Leidens ist selten, ein chirurgischer Eingriff indiziert; derselbe besteht in der Kompression oder der Ligatur der Carot. communis oder besser noch der Carot. interna. Die Ligatur ist der Kompression vorzuziehen. Die Mortalität nach Unterbindung der Carot. communis wird dabei auf 10% angegeben. Rückfälle des pulsierenden Exophalmus kommen nach Ligatur namentlich bei den traumatischen Fällen vor.

Je langsamer der Kollateralkreislauf sich ausbildet, desto größere Aussicht auf Heilung ist vorhanden, da dann das Blutgerinnsel an der Verletzungsstelle mehr Zeit zur festen Organisation gewinnt. Beide Carotiden stehen innerhalb des Schädels durch den Circulus Willisii und außerhalb desselben durch die Arteria thyreoid. superior in Verbindung; auf diesen Wegen entwickelt sich der Kollateralkreislauf.

Am Schlusse der Arbeit beschreibt M. einen Fall von beiderseitigem, nach Schlag auf den Kopf entstandenen Exophthalmus; deutliche Pulsation war nur am linken Auge vorhanden. Es wurde die linke Carot. communis unterbunden, wonach die Erscheinungen bis zu einem gewissen Grade zurückgingen. Nach einem halben Jahre trat jedoch wieder Pulsation im linken Auge auf, die nach der Ligatur ebenfalls aufgehört hatte. Verf. glaubt, daß in dem vorliegenden Falle beide innere Carotiden zerrissen gewesen sind, und er hat die Absicht, dem Pat. nun die rechte Carotis int. zu unterbinden. Die Unterbindung der Carot. interna hält er bei Exophthalmus überhaupt für zweckmäßiger als die der Carotis communis.

Herhold (Altona).

---

5) **A. Broca.** Les mastoïdites des nourrissons.

(Arch. internat. de chirurgie Vol. I. Fasc. 4.)

Verf. gibt in der vorliegenden Arbeit einen Auszug aus einer größeren Monographie über Anatomie und Chirurgie des Mittelohres.

Nach einigen entwicklungsgeschichtlichen Bemerkungen weist er nach, daß die besonderen anatomischen Verhältnisse beim Säugling eine eigene Pathologie und Therapie zur Folge haben.

So entstehen nicht so selten Abszesse im Proc. mastoideus, die mit einer Mittelohrerkrankung nichts zu tun haben (36mal unter 96 Fällen des Verf.).

Bei operativen Eingriffen ist dank der Lage des Antrums der Sinus weniger gefährdet wie beim Erwachsenen, was für den Facialis jedoch nicht zutrifft. Ferner ist es bei den chronischen Erkrankungen der Säuglinge oft nicht notwendig, radikal zu operieren. Nicht selten handelt es sich bei diesen isolierten Erkrankungen um tuberkulöse Affektionen. Die Prognose der operierten akuten Fälle ist keine schlechte, zumal Gehirn- und Sinuskomplikationen selten sind.

Engelmann (Dortmund).

---

6) **Gerber.** Über Labyrinthnekrose.

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. LX.)

Im Verlauf einer chronisch gewordenen Scharlachotitis beobachtete G. eine fast totale Labyrinthnekrose; einzelne, größere Labyrinthteile darstellende Sequester werden abgebildet. Interessant war das Fehlen von Koordinationsstörungen. Bei dem langsamen Verlauf der Erkrankung können wir hier vielleicht ein vikariierendes Eintreten der zentralen, grauen Substanz (Bechterew) annehmen. Die Temperatur zeigte pyämischen Charakter. Wiederholte Sondierungen bei der Nachbehandlung erzeugten prompt erhöhte Temperatur und Pulsfrequenz, sowie meningitische Reizung; auffallend war endlich noch die Komplikation mit Cholesteatom, das selten bei Labyrinthnekrose vorkommt. Im Anschluß hieran gibt Verf. eine Übersicht über 90 bisher (Oesch hatte 78 gesammelt) veröffentlichte Fälle und erörtert Ätiologie, Alter, Geschlecht, Verhalten des Facialis, der statischen Funktion usw. Die rationellere Behandlung der Ohrenkrankheiten wird, so meint G. mit Recht, die Zahl der Labyrinthnekrosen wohl mit der Zeit vermindern, da wir es doch meist mit arg vernachlässigten Fällen zu tun haben.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

7) **B. Honsell.** Zur Resektion der verbogenen Nasenscheidewand.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLI. Hft. 1.)

Nach kurzer, zusammenfassender Besprechung der wichtigsten unter den unzähligen Methoden, welche zur Beseitigung von Verbiegung der Nasenscheidewand angegeben sind, geht Verf. genauer auf die von Krieg empfohlene Operationsweise ein. Dieses Verfahren hat sicher seine Vorteile, aber auch seine Schattenseiten. Diese bestehen darin, daß ab und zu Perforationen des Septums eintreten, daß eine große Weichteillücke zurückbleibt, deren Deckung durch ein die Schleimhaut nicht voll ersetzendes Narbengewebe 4—8 Wochen dauert, und daß die Methode die größten technischen Schwierigkeiten bieten kann bei einer unverhältnismäßig langen Dauer des Eingriffes ($^1/_2$—$2^1/_2$ Stunden). Verf. möchte deshalb auf die seit 20 Jahren in der v. Bruns'schen Klinik bei Verbiegungen der Nasenscheidewand ausschließlich geübte Operationsweise aufmerksam machen, welche in Freilegung des Knorpels mittels einfachen linearen Schnittes und folgender subperichondraler Meißelresektion besteht. Dieses meist leichte, kurz dauernde Verfahren wurde in weit über 100 Fällen bei jeder Form und jedem Grade von Verbiegungen geübt und führte stets zum Ziele. **Blauel** (Tübingen).

---

8) **W. A. Lane.** On the treatment of cleft palate.

(Edinburgh med. journ. 1904. März.)

Verf. ist entschiedener Anhänger einer möglichst frühzeitigen Operation der Gaumenspalte und stützt seine Ansicht auf ein großes Material von 200 bis 300 Fällen. Wenn irgendmöglich soll am Tage nach der Geburt der Spalt geschlossen werden, da die Kinder den Eingriff dann am besten überständen, die Aussichten für die Vereinigung der Lappen die denkbar günstigsten seien, und das funktionelle Resultat nichts zu wünschen übrig ließe, zumal durch die so frühzeitig ausgeführte Beseitigung des Spaltes auf die Wachstumsverhältnisse der umgebenden Knochen und auf die Gaumenbildung ein überaus günstiger Einfluß ausgeübt werde. Die Blutung sei minimal, gewöhnlich geringer als bei einer Zirkumzision. Zur Erhaltung eines möglichst breiten, gut ernährten Lappens benutzt Verf. die über dem Alveolarfortsatz und zwischen diesem und der Lippe gelegene Schleimhaut mit. Schon deswegen sei die Operation bald nach der Geburt zu empfehlen, da die sorgfältige Ablösung der Schleimhaut über dem Zahnbogen in einem späteren Stadium kaum ohne Verletzung der Zähne ausgeführt werden könnte. An der Hand von 7 Skizzen werden die verschiedenen Plastiken erläutert. Die Muskulatur des weichen Gaumens wird stets geschont, da einmal der Schnitt direkt an der Wange entlang geführt wird, und zum Schluß des Defektes im Bereiche des weichen Gaumens ein gestielter Lappen, bestehend aus Mukosa und submukösem Gewebe unter Schonung der darunter liegenden Muskulatur benutzt werden soll. Ragt der Vomer fast bis zum Niveau des Gaumenbogens herab, so wird die Schleimhaut desselben durch Bildung eines gestielten Lappens ebenfalls zur Deckung des Defektes mit benutzt. Bei sehr breiten Spalten operiert Verf. zweizeitig, indem zuerst durch einen Schnitt zwischen Wange und Alveolarfortsatz, rings herum gehend, und sorgfältiges Abpräparieren der Schleimhaut über dem Zahnbogen, nebst Loslösung des Schleimhautperiostlappens über dem harten Gaumen, jederseits ein breiter Lappen gewonnen wird. Zur Vermeidung einer Schädigung der ernährenden Gefäße wird der Schleimhautperiostlappen nicht zu weit nach vorn hin abgelöst, vielmehr durch Herumschlagen des über dem vorderen Zahnbogen gelegenen dünnen Schleimhautlappens nach innen die vordere Partie des Spaltes gedeckt. Der Verschluß des weichen Gaumens erfolgt dann erst später.

Nach 8 bis 10 Tagen werden die Fäden entfernt. Über eine Nachuntersuchung und Nachprüfung des funktionellen Resultates ist nichts angegeben. **Jenckel** (Göttingen).

9) Henrici. Die Amputation der hypertrophischen Gaumentonsillen mit der kalten Schlinge. (Aus der Univ.-Ohren- und Kehlkopfklinik zu Rostock.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 14.)

Die kalte Schlinge hat nach den mit ihr in der Rostocker Klinik gemachten Erfahrungen den Vorzug, daß sie für alle Mandelgrößen paßt, leicht angelegt und die Amputation der hypertrophischen Gaumenmandel fast ohne Schmerzen und mit nur geringer Blutung ausgeführt werden kann. Das Durchschneiden erfordert allerdings meist einige Kraft und die Benutzung beider Hände oder bei zu derber Beschaffenheit des Gewebes die Anwendung eines geeigneten Schlüssels oder einer Zange. **Kramer** (Glogau).

10) v. Bruns. Über Kropfgeschwülste im Innern des Kehlkopfes und der Luftröhre und ihre Entfernung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLI. Hft. 1.)

Verf. hatte vor Kurzem wieder Gelegenheit, die Entfernung eines Kropfes aus dem Innern des Kehlkopfes und der Luftröhre vorzunehmen und damit den 5. Fall dieser seltenen Affektion zu operieren. Es sind außerdem nur noch 6 weitere Fälle intralaryngealer und intratrachealer Kröpfe in der Literatur bekannt gegeben. Von der Annahme ausgehend, daß diese Affektion doch keine so große Seltenheit ist, wie sich aus der Gesamtzahl von 11 Beobachtern schließen läßt, sondern nicht immer richtig erkannt wird, zeichnet Verf., nach kurzer Wiedergabe der 11 Kranken- und Operationsgeschichten, das klinische Bild der Erkrankung. Die Diagnose auf intratrachealen Kropf ist mit größter Wahrscheinlichkeit zu stellen, wenn bei einer übrigens ganz gesunden Person, namentlich jüngeren Alters, eine allmählich zunehmende Dyspnoe sich einstellt, als deren Ursache eine subglottische, flache, walzenförmige, glatte Geschwulst der Hinter- und einer Seitenwand gefunden wird.

Bezüglich der Entstehungsweise dieser eigenartigen Kehlkopfgeschwülste stimmt der Zeitpunkt des Beginnes der klinischen Erscheinungen, das fast konstante Vorhandensein eines Kropfes, der Sitz im unteren Kehlkopf- und oberen Luftröhrenabschnitte, desgleichen die breite Basis und der unversehrte Schleimhautüberzug mit der Erklärung Paltauf's überein, daß von einem Seitenlappen der Schilddrüse nur normales Schilddrüsengewebe durch die Interstitialmembranen der Luftröhre mit völliger Erhaltung der Knorpelringe in das Innere des Kehlkopfes eindringt.

Hinsichtlich der Prognose ist die Möglichkeit einer bösartigen Umwandlung, wie sie Verf. einmal beobachtete, zu berücksichtigen.

Die Therapie kann nur in der Exstirpation mittels Laryngo-Tracheotomie bestehen, höchstens käme noch die Darreichung von Schilddrüsentabletten zur Verkleinerung des Kropfes in Betracht.

Blauel (Tübingen).

11) **Beck.** On costal and thoracic resection for pyothorax.
(Annals of surgery 1904. Nr. 3.)

Die einzig richtige Behandlung des Empyems ist die breite Inzision mit nachfolgender Rippenresektion. Ist die Lunge noch elastisch, so empfiehlt es sich, die Perthes'sche Aspirationsdrainage nachher anzuwenden.

Bei alten Empyemen wendet Verf. die Schede'sche Thorakoplastik an, jedoch macht er nicht den typischen, sondern zuerst einen Längsschnitt über der Mitte der Höhle mit Resektion einiger Rippen; dann tastet er ab und verlängert den Schnitt nach der Gegend, in welcher sich die schwartigen Verdickungen des Brustfelles finden. Gegebenenfalls reseziert er Teile des Schulterblattes und auch die obersten Rippen. In letzterem Falle legt er vorher die Achselgefäße frei und zieht sie stark nach oben und außen. Während die Dekortikation der Lunge ohne Rippenresektion nach B. allein nichts nutzt, ist sie verbunden mit derselben sehr zu empfehlen. Bei der Nachbehandlung der Thorakoplastik ist frühzeitige Lungengymnastik sehr wichtig. **Herhold** (Altona).

---

12) **Engelmann.** Beiträge zur Kenntnis der Sakraltumoren.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 4.)

In dem Streit über die Entstehung der Sakralgeschwülste, d. h. ob sie als Parasiten oder als Produkte einer abnormen Gewebsproliferation des Fötus selbst aufzufassen sind, hat Wieting sich auf Grund sorgsamer und umfangreicher Studien dahin entschieden, daß ein großer Teil der bisher als heterogene Einschlüsse angesehenen Geschwülste sich eines verhältnismäßig einfachen Ursprunges erfreut, indem man dieselben auf Medullarreste, d. h. auf Teile des in früher Fötalzeit bis zum After reichenden Nervenrohres zurückführen kann. Diese Teile werden gewöhnlich zurückgebildet, können aber unter Umständen erhalten und verlagert werden und zur Entwicklung pathologischer Gebilde führen. Verf. ging nun darauf aus, zu untersuchen, ob auch für einen Teil der komplizierter gebauten Geschwülste der Kreuzbeingegend, für deren Entstehung bisher fast stets eine doppelte fötale Anlage angenommen wurde, sich eine einfachere Ursprungsart nachweisen ließe. Er benutzt zu seinen diesbezüglichen Studien vier durch Operation in der v. Bergmannschen Klinik gewonnene Präparate, deren makroskopischer und mikroskopischer Befund im einzelnen genau beschrieben ist. Auf Grund der erhaltenen Befunde erklärt er sich auch betreffs der Entstehung dieser komplizierteren Sakralgeschwülste für die Wietingsche Theorie. Die Herkunft derselben aus den Resten der embryonalen Neuralanlage gibt sich kund durch das Überwiegen der Neuroglia, die sich vornehmlich an den Orten der größten Wachstumsenergie findet. Sie tritt in Formen auf, die Ähnlichkeit mit Bildern von pathologischen Prozessen des Zentralnervensystems besitzen, wie z. B. mit solchen der Syringomyelie. Die Neuroglia

bildet dabei die Matrix für die in ihr eingeschlossenen Abkömmlinge der anderen Keimblätter, denen durch ihre Wucherung der Weg zu einer Weiterentwicklung gebahnt wird. Die innerhalb der Sakralgeschwülste aufzufindenden Gebilde sieht E. nicht als gewollte Anlagen an, sondern als Zufallsprodukte, die durch rastloses Weiterwachsen eines Keimes oder durch wirres Durcheinanderwuchern mehrerer Keimblattelemente entstanden sind. Die fertig entwickelten Gebilde in diesen Geschwülsten sind nicht als Organe, sondern nur als der Versuch zur Bildung derselben zu betrachten, da mit ihnen andere, normalerweise in ihnen nicht vorkommende Gewebe, wie Knorpel, kombiniert sind. Die bigeminale Entstehungsweise erkennt Verf. demnach nur solchen Sakralgeschwülsten zu, die wirkliche Doppelbildungen und fertige, dem hinteren Stammesende nicht entsprechende Organe enthalten. Für die übrigen Steißgeschwülste ist ihm die unigerminale Entstehung nicht mehr zweifelhaft.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der Poliklinik für orthopädische Chirurgie in Odessa.)

Eine einfache Methode des Wiederaufrichtens der eingesunkenen Nasenflügel.

Von

Dr. S. Kofmann.

Seit Gersuny seinen epochemachenden Vorschlag der Anwendung von Paraffin zur Füllung von Gewebsdefekten an verschiedenen Körperteilen veröffentlicht hat, ist ein neuer, mächtiger, sozusagen reparatorisch-kosmetischer Sproß der Chirurgie wachgerufen. Groß ist das Anwendungsgebiet der Gersuny'schen Methode, besonders aber ist sie geeignet zur Verbesserung von Unschönheiten des Gesichtes, und hier meistenteils der Nase. Hat man genügend Übung, so ist es in der Tat spielend leicht, leicht für die leidende Person sowie für den Arzt, eine eingesunkene Nase wieder gut zu machen. Es ist richtig, daß das Profil dabei viel schöner ausfällt, als das en face. Die Haut des Nasenrückens ist nicht genügend beweglich, das Unterhautzellgewebe ist meistenteils zu straff, um eine leichte Emporhebung zu gestatten; die Einsenkung hebt sich, aber mit ihr hebt sich zu gleicher Zeit die Umgebung. Wie überall gibt es auch hier Varietäten, bald hat man Glück, eine tadellose Nase hergestellt zu haben, bald hat man nur den häßlichen Sattel entfernt und dabei eine etwas zu breite Nase gebildet. Jedenfalls fallen die Operationen fast ausnahmslos zur Zufriedenheit der früher verunstaltet gewesenen Person aus; das Gräßliche, das Auffallende in ihrem Gesicht ist nicht mehr da. Es ist verschwunden. Viel anders steht es mit den Nasenflügeln. Diese bieten uns Trotz. Sind einmal die Nasenflügel eingesunken, so sind sie nicht so leicht wieder gut zu machen. Das Paraffin hat hier keine knöcherne Unterlage und breitet sich gerade in der Richtung, die gar nicht erwünscht ist — in der Richtung des verminderten Widerstandes — der Schleimhaut zu; und ist noch dazu eine Narbe zugegen, so erreichen wir mit unseren Einspritzungen das Gegenteilige — eine Verdickung des Nasenflügels bis zur Obstruktion des Nasenloches. In einem meiner letzten Fälle habe ich das zur Genüge beobachtet. Es handelte sich um ein junges Mädchen mit hereditärer

Lues. Septum fehlt, Nase bis in das Gesichtsniveau im mittleren Teil eingesunken, rechter Nasenflügel tief eingesunken (Fig. 1), strahlennarbig verändert, Nasolabialfalte hier stark eingezogen. Zuerst nahm ich die Ausfüllung des Nasenrückendefektes vor, was ohne Schwierigkeit, schmerzlos (ohne Narkose) geschah. Nach 3 Tagen, nachdem die Reaktion nach der ersten Operation zu Ende war, unternahm ich die Nasenflügelreparation; ich injizierte in die Nasolabialfalte, wo gerade das Zentrum der strahligen Narbe saß, die Falte hob sich, zugleich aber wurde die Nase verstopft. Ich ließ die Sache für einige Tage gut sein und verhielt mich abwartend. Nach einer Woche erwies sich die Nasolabialfalte nicht mehr eingezogen, der Flügel doch eingesunken, das Nasenloch fast ganz obturiert. Um die Sache wieder gut zu machen, wandte ich das Eckstein'sche Sichelmesser an, ich stach damit in den Nasenflügelrand und spaltete den Flügel parallel der Oberfläche intrakutan; auf diese Weise löste ich die Narbe. Sodann stopfte ich das Nasenloch mit steriler Gase voll, nach 3 Tagen bekam ich ein ziemliches



Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Nasenloch. Ich führte dann einen Beuteltampon ein, der sich als sehr geeignet erwies, und erzielte im Laufe von einer Woche eine sehr hübsche, anatomisch richtige Nase (Fig. 2 und 3).

Der Erfolg dieses unbedeutenden Eingriffes war so aufmunternd, daß ich jetzt dieses Verfahren geradezu zur Methode aufstellen möchte: Paraffineinspritzung resp. vorher Narbenlösung und dann sukzessive Erweiterung des Nasenloches mittels der festen Tamponade.

Noch einige Worte über die Paraffinprothesen überhaupt. Ich wende jetzt sowohl das Gersuny'sche Vaselin, als auch das Eckstein'sche Paraffin und Gersuny'sche Vaselinöl, oder weder das eine noch das andere an. Ich halte immer vorrätig Vaselin und Paraffinum solidum und bereite mir die beliebige Mischung ad hoc, indem ich dem geschmolzenen und siedenden Vaselin Paraffinstücke zusetze; ich richte mich nach der Körperregion und dem anzufüllenden Gewebe; bald ist mir eine weichere, bald eine festere Füllungsmasse erwünscht. Narkose ist überflüssig; ja sogar sehr gewagt! Hat man einige Übung, so führt man die Operation völlig schmerzlos und schnell aus.

13) III. Kongreß der deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie am 5. April 1904.

Vorsitzender: Geheimrat Heusner (Barmen).

Referent: **Drehmann** (Breslau).

(Schluß.)

21) Reiner (Wien): Zur Kasuistik der kongenitalen Kniegelenksluxationen.

R. berichtet über einen von ihm mit gutem Erfolge blutig reponierten Fall von doppelseitiger angeborener Kniegelenksverrenkung. Der betreffende 8jährige Knabe benutzte vorher beim Gehen und Stehen die beiden Wadenflächen seiner im Kniegelenke fast rechtwinklig rekurviert gehaltenen Unterschenkel als Fußsohlen. Neben der genannten Luxation, die zu einer totalen geworden war, wies Pat. noch zahlreiche andere kongenitale Mißbildungen auf. Der M. quadriceps erwies sich nicht als verkürzt.

22) Reiner (Wien) demonstriert ein von ihm konstruiertes Nivelliertrapez, das in ebenso einfacher Weise wie jenes von Schulthess zu handhaben ist, aber den Vorteil bietet, daß die Höhendifferenz der verglichenen Punkte, und zwar ganz unabhängig von der horizontalen Entfernung derselben, in Zentimetern ablesbar ist. (Selbstbericht.)

23) Böcker: Eine neue Methode der Behandlung der habituellen Patellarluxation nach außen.

B. berichtet über eine Methode, die zwecks Beseitigung der habituellen Luxation der Patella nach außen, wie aus der Literatur hervorgeht, bisher noch nicht geübt ist und wegen der Einfachheit der Technik und des guten Resultates in geeigneten Fällen der Nachprüfung wert erscheint. Die Methode besteht darin, den Musculus semimembranosus, der wegen seiner stärkeren Kontraktionsfähigkeit und fleischigen Beschaffenheit von den medial gelegenen Flexoren des Oberschenkels am geeignetsten erscheint, auf die Patella zu überpflanzen, um so dieselbe durch Zug an ihrer normalen Stelle zu fixieren und dem erschlafften Quadriceps ein gehöriges Gegengewicht zu schaffen. Die Operation geschieht kurz in der Weise, daß man den Semimembranosus loslöst, an seiner Insertionsstelle durchtrennt, ihn subkutan in vertikaler Richtung zur Patella nach vorn führt und mit dem Periost des inneren oberen Randes der Patella vernäht, ohne das Gelenk zu eröffnen. Es ist wichtig, sowohl die Patella über die eigentliche normale Lage hinaus zu reponieren, wie den Muskel recht straff anzuziehen, um dadurch den Wiedereintritt einer Verschiebung der Patella nach außen zu verhüten. Der am 9. November v. J. in der Hoffa'schen Klinik nach dieser Methode operierte Fall, bei dem es sich um eine nach einem Kniegelenksleiden entstandene doppelseitige Luxation der Patella nach außen infolge Schlaffheit der Kapsel und insbesondere Erschlaffung der Quadricepssehne handelte, zeigt 5 Monate nach der Operation im ganzen normale Verhältnisse; d. h. die Patella befindet sich in der Ruhe wie bei Bewegungen an richtiger Stelle, ist gut fixiert und dabei in normalen Grenzen verschieblich, so daß man wohl von einem guten Erfolge zu sprechen berechtigt ist. B. möchte darum in all den Fällen, wo außer der Schlaffheit der Gelenkkapsel insbesondere eine Erschlaffung des Quadriceps vorhanden ist, diese periostale Methode der Sehnenüberpflanzung zur Nachprüfung aufs wärmste empfehlen. Der Vorteil dieser Methode dürfte liegen einmal in der sichereren Fixation der Patella, zweitens in dem kräftigeren Gegenzug für den erschlafften Quadriceps und drittens in dem Fehlen der Nahtausstoßung, was die bisher geübten Methoden (le Dentu'sche Methode event. mit Hoffa'scher Modifikation) in solchen Fällen wohl in Frage stellen würden. Eine ähnliche Methode führte Heusner auf dem Chirurgenkongreß im Jahre 1902 an, der versucht hat, in einem Falle von doppelseitiger Luxation der Patella nach außen an dem einen Beine den Semitendinosus zu überpflanzen, aber über den Erfolg seine Bedenken äußerte.

(Selbstbericht.)



Diskussion: Bade (Hannover) warnt vor operativen Eingriffen, da der Zustand der Luxation trotz anfänglich anscheinend vorzüglicher Funktion später wieder eintreten könne. Man solle nur operieren, wenn man vom Pat. zur Operation gedrängt werde.

Andererseits gebe es Fälle von nicht operativ behandelten, die jahrelang tadellose Funktion des Kniegelenkes besitzen, bis dann wieder eine Luxation einsetze. Doch sei der Zustand dann nicht so schwer wie bei der ersten Luxation. Schon nach einigen Tagen könne oft wieder gut gegangen werden.

24) Schlesinger (Berlin): Über rachitische Schenkelhalsverbiegungen.

S. unterscheidet zwei Formen der Coxa vara rachit. abgesehen von der falschen Form (Verbiegung im Bereiche der Diaphyse). 1) die (statische) gleichmäßige symmetrische Abbiegung der Hälse gegen den Schaft. 2) Die Kombination dieser Form mit Frakturen im Schenkelhalse. S. demonstriert zwei Röntgenbilder von dieser letzteren Form. Er rechnet dahin auch den Fall Kredel's. In allen drei Fällen von Trauma, das offenbar stattgefunden hatte, nichts in der Anamnese. S. meint, daß der Locus minoris resistentiae bei Gesunden die Epiphysenlinie, bei Rachitis dagegen mehr der Schenkelhals ist.

Ferner Demonstration eines Resektionspräparates von Coxa vara traumatica. S. macht darauf aufmerksam, daß die auf Grund von Röntgographien beschriebene Einbiegung des unteren Schenkelhalsrandes Täuschung ist oder sein kann. Wenigstens ist hier, während das Röntgenbild die Einbiegung zeigt, der untere Schenkelhalsrand fast völlig normal. (Selbstbericht.)

25) David (Berlin): Beitrag zur Frage der Coxa valga.

Im Gegensatze zu der viel erörterten Coxa vara ist die Literatur über Coxa valga sehr spärlich. Ein einwandsfreier Fall von primärer Coxa valga ist bisher nicht beschrieben. D. berichtet über einen Fall von angeborener Coxa valga duplex, bei dem klinisch die hervorragendsten Symptome die starke Abduktion und Außenrotation der Beine waren. Das Röntgenbild ergab eine enorm steile Richtung der Schenkelhälse (Richtungswinkel 165°, Neigungswinkel 79°). Ein in der möglichst zu erreichenden Adduktion und Innenrotation angelegter Gipsverband hatte guten funktionellen Erfolg, indem die Abduktion und Außenrotation schon nach 6 Wochen wesentlich vermindert waren. Das wesentlichste aber war die damit verbundene Annäherung der Schenkelhälse an die Norm (Richtungswinkel 155°, Neigungswinkel 70°). (Selbstbericht.)

26) Brodnitz (Frankfurt a. M.): Die Behandlung der Oberschenkelfrakturen im Greisenalter.

Um Gips- und Extensionsverbände bei Oberschenkelfrakturen im hohen Greisenalter zu ersetzen, empfiehlt B. folgendes Verfahren:

Es wird ein Sandsack angefertigt, der etwa so breit wie das halbe Becken und so lang ist, als der Abstand vom Darmbeinkamm bis dicht oberhalb der Malleolen. Dieser Sack wird zu $^3/_4$ mit weichem Sand gefüllt und auf die Matratze gelegt. In seine Mitte wird eine Furche dem Bein entsprechend hineingedrückt und Pat., während das Bein am Fuße stark extendiert wird, so auf diesen Sack gelegt, daß Becken und Bein bis dicht oberhalb der Malleolen in der Furche liegt; nunmehr werden die beiden Enden des Sackes durch ein an ihnen befestigtes Band einander genähert, während die zu den beiden Seiten des Beines liegenden Sandmengen sich ihm anschmiegen. Läßt man jetzt den Fuß os, so stemmen sich Ferse und Malleolen gegen den das Bein umgebenden Sand an und es tritt keine erhebliche Verschiebung der Fragmente ein; die Fixation wird verstärkt durch je eine oberhalb der Kniescheibe und schräg über das Becken lgelagerten Sandwurst.

Diese Lagerung wird täglich erneuert, indem hierbei der Pat. von einer Person am Becken gehoben und gleichzeitig von einer zweiten das Bein am Fuß extendiert wird. Diese Zeit des Umlagerns wird benutzt zur Hautpflege.

Dieses Verfahren hat sich bewährt bei einer 93jährigen Pat., welche eine Fractura intertrochanterica mit 8 cm Verkürzung erlitten hat; es erfolgte knöcherne Heilung mit 2 cm Verkürzung und Gebrauchsfähigkeit des Beines; ferner bei einer 70jährigen Pat. mit Schenkelhalsfraktur ohne Einkeilung.

Das Verfahren gewährt den Vorteil, daß wir in dem Sand eine plastische Masse haben, die sich gleich einem fixierenden Verbande dem Körper anschmiegt, ohne einen Dekubitus befürchten zu lassen, da demselben durch die Hautpflege bei den täglichen Umlagerungen vorgebeugt wird; diese Umlagerungen mit den hierbei bewirkten unwillkürlichen Reibungen an der Bruchfläche wirkt Callus fördernd; die mit den Umlagerungen verbundenen Schmerzäußerungen dienen einer erwünschten Lungengymnastik. (Selbstbericht.)

27) Finck (Charkow): **Die Therapie der Klumpfüße Neugeborener in den ersten Wochen nach der Geburt.**

F. berichtet über seine bekannte Methode und demonstriert seine Verbandsmethode.

28) Schulze (Duisburg): **Demonstration eines Osteoklasten zur Korrektur der Fußdeformitäten.**

29) Derselbe: **Die Behandlung des Plattfußes durch das Redressement und durch Sehnenplastik.**

30) Lilienfeld (Leipzig): **Demonstration einer Gehbank zur Korrektur von Deformitäten des Fußes und Knies.**

31) Gocht (Halle a. S.): **Demonstration einer Beckenstütze und eines darauf angelegten Extensionsgipsverbandes.**

32) Witteck (Graz): **Doppelseitige Subluxation des ersten Metacarpus (nicht traumatischen Ursprunges).**

W. berichtet über ein 16jähriges Mädchen, welches vor Jahresfrist in der Grazer chirurgischen Klinik zur Beobachtung kam. Sie gab an, seit ihrem 12. Lebensjahre Schmerzen in beiden Daumen zu verspüren, welche ansteigend im Laufe der Jahre so stark wurden, daß sie ihre Hände, namentlich aber die linke, zu keinerlei Arbeit, namentlich nicht zu sog. Handarbeiten verwenden könne. Gleichzeitig habe sie eine zunehmende Verschieblichkeit des Mittelhandknochens bemerkt, mit welcher allmählich eine Deformierung in der Gegend der Handwurzel sich ausbildete. Eine Verletzung, Sturz auf die Hände usw. sei niemals erfolgt. Weder bei Eltern noch sonstigen Verwandten bestehe ein ähnliches Gelenkleiden.

Die Untersuchung ergab beiderseits eine Subluxation des ersten Mittelhandknochens nach dem Dorsum hin; die Basis desselben stand in der Tabatière. Die Reposition gelang leicht durch Zug am Daumen mit gleichzeitiger Impulsion der Basis des Metacarpus an seine normale Stelle. Sobald aber die reponierenden Kräfte nachließen, erfolgte sofort die Reluxation. Die Röntgenbilder gaben Aufklärung über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse. Beide Mittelhandknochen des Daumens waren an ihrer Basis verbildet. An Stelle der normal entwickelten dorsovolaren Einziehung, mit welcher der Metacarpus auf der radioulnaren Einsattlung des Os multangulum majus reitet, war der Metacarpus, ohne eine Spur der Einziehung zu zeigen, im Gegenteil kolbig verdickt. Dabei war noch die Verknöcherungsgrenze von Epi- und Diaphyse kenntlich. Sie zieht normal analog der dorsovolaren Einsattlung senkrecht zum Schaft der Diaphyse. An dem Metacarpus der geschilderten Pat. aber verlief diese Grenze nur im radialen Teile des Metacarpus senkrecht zur Längsachse des letzteren, bog dann rechtwinklig um und wurde so parallel zur Schaftachse. Kontrollröntgenaufnahmen von Kinderhänden bis zum vollendeten Wachstum ließen deutlich die Differenzen in der Gelenksentwicklung erkennen.

Die Pat. drängte zu einer operativen Beseitigung der Deformität an der linken Hand, an welcher die Beschwerden besonders lästig geworden waren. Der Vortr. nahm deshalb eine Kapselfaltung am Dorsum des Carpometacarpalgelenkes mittels Aluminium-Bronzedrahtnähten vor. Es gelang, durch die Operation eine günstige Stellung des Metacarpus sowie eine Aufhebung der abnormen Verschieblichkeit

des Metacarpus herzustellen; ebenso besserte sich die Funktion, so daß die Pat. wieder als Dienstmädchen ihre Arbeiten verrichten konnte.

W. glaubt das Leiden nach seiner Entstehungszeit, der allmählichen Entwicklung, dem Röntgenbild usw. so erklären zu können, daß es aus allerdings unbekannten Ursachen zu einer Frühsynostosierung der Epiphysenfugen an ihrem volaren Anteile kam und spricht die Vermutung aus, daß man in dem Krankheitsbilde vielleicht ein Analogon zur Madelung'schen Spontanluxation der Hand nach der Vola hin sehen kann. (Selbstbericht.)

33) Kölliker (Leipzig): Über eine seltene Form von Pectus carinatum.

Diskussion: Joachimsthal (Berlin) erwähnt eine Familie, in der sich ein Pectus carinatum durch vier Generationen vererbt hat. Die Deformierung war ähnlich derjenigen bei Rachitis.

34) Lange (München): Die Behandlung der Skoliose durch aktive und passive Überkorrektur.

Demonstration von Zeichnungen und Apparaten zur Skoliosengymnastik.

35) Schulze (Duisburg): Demonstration eines Redressionsapparates für Skoliose.

36) Gocht (Halle a. S.): Demonstration eines Apparates zur Skoliosengymnastik.

37) Kolaczek (Breslau) demonstriert das Modell eines portativen Redressionsapparates für die leichteren und die Nachbehandlung der schweren Formen der Skoliose.

Die Konstruktion dieses Apparates beruht auf dem Prinzip einer federnden, also gleichsam lebendigen Kraft, die im Sinne einer Rotation nur umschrieben auf den Brust- und Lendenbuckel und mittels der Rippen bezw. der Wirbelquerfortsätze auf die skoliotische Wirbelsäule einwirkt. Träger dieser Kraft ist eine Spiralfeder, welche eine runde Rückenstange umkreist und nach oben und unten in Scheitelhöhe der skoliotischen Krümmungen in je einen mit entsprechend großer Pelotte armierten Arm ausläuft. In dem demonstrierten Modell entspricht der Federdruck einem Gewichte von 6 kg, das nach Bedarf durch entsprechende Auswahl der Spirale vermindert oder verstärkt werden kann. Vorbedingung einer zuverläßigen Funktion dieser Feder ist die Unverrückbarkeit der Rückenstange. Am Becken stößt ihre Befestigung auf keinerlei Schwierigkeit. K. gibt zu diesem Zweck einem von hinten und vorn sich kreuzenden, über die Beckenkämme hinweglaufenden Gurten emporgehaltenen und die Armstützen tragenden Stahlgürtel den Vorzug, weil ein solcher dem Wachstum des Beckens entsprechend sich unschwer erweitern läßt. Die Fixierung der Rückenstange am oberen Ende des Rückens, eine etwas schwierige Aufgabe, erzielt K. in der Weise, daß er sie in einem zerlegbaren, die Schultern bogenförmig überspannenden weiten Halsring, der vorn wieder in eine dem Corpus sterni aufruhenden Metallzunge ausläuft, endigen läßt. Diese Zunge wird in der gegebenen Lage durch zwei von ihrem unteren Ende seitlich zu den hinter den Armstützen am Beckengürtel angebrachten Knöpfen hinziehenden Riemen festgehalten.

Dieser Apparat soll geeignet sein, alle Skoliosenindikationen bei ambulanter Behandlung der Deformität besser als die bisher zu diesem Zweck angegebenen Hilfsmittel zu erfüllen. Muß, was leider in der Regel der Fall ist, von einer Kopfstütze am Apparat Abstand genommen werden, so fällt der Spiralfeder die Aufgabe zu, auch die beim Kind etwa 3 kg betragende Kopflast durch entsprechend verstärkten Rotationsdruck auf die Wirbelsäule aufzuheben. Dann wird nur das Mehr an Druckkraft der federnden Pelotte zur Rotation des Buckels selbst verwandt. Dabei geben die ihn bildenden Rippen mit der sagittal wirkenden Kraftkomponente des Rotationsdruckes den bekanntlich durch einen sehr derben Bandapparat mit ihnen verbundenen Querfortsätzen, ihren Strebepfeilern, und somit weiterhin den Wirbeln selbst die Tendenz, die pathologische Stellung rückläufig zu verlassen, üben aber gleichzeitig mit der anderen frontal wirkenden

Komponente mittels der Köpfchen einen medialwärts gerichteten Druck aus und bringen so die Wirbelsäule, eine entsprechende langsame Strukturveränderung dieser vorausgesetzt, der Schwerlinie des Körpers allmählich näher.

Die Wahl des Brustbeinkörpers zur Stützfläche und zum Orte des Widerhaltes für das obere Ende der Rückenstange findet nach K. darin ihre Berechtigung, daß dieser Knochenabschnitt bekanntlich zufolge seiner Gelenkverbindungen mit den sich ansetzenden Rippen einerseits und mit dem Manubrium sterni andererseits bei der Atmungsbewegung des Brustkorbes unbeweglich stehen bleibt, während ihr die mit der 1. Rippe syndesmotisch verbundene Handhabe des Brustbeines folgt. Nach K.'s mehrjährigen Erfahrungen gewöhnen sich die Kinder in kurzer Zeit an diesen Druck. (Selbstbericht.)

38) v. Hovorka (Wien): Das dezimetrische Meßgitter. Ein Vorschlag zur einheitlichen orthopädischen Rückenmessung.

Ähnlich, wie es die Anatomen zu einer einheitlichen anatomischen Nomenklatur, die Anthropologen zu einer Frankfurter Verständigung über die Schädelmessung gebracht haben, sollten nach dem Vorschlage v. H.'s auch die Orthopäden über ein einheitliches Meßverfahren einig werden.

Trotzdem wir bereits über eine stattliche Anzahl der feinsten Meßinstrumente in der Orthopädie verfügen, hat sich bei uns noch immer nicht ein von allen Orthopäden angenommener Meßapparat eingebürgert, welcher zugleich einfach, genau und billig wäre. Diesem Ziele nähert sich am meisten die zentrierte Meßgitterphotographie; das Kind wird hinter ein dezimetrisches Meßgitter aufgestellt und zugleich mit demselben aufgenommen. Der Vorschlag v. H.'s geht nun dahin, daß die zu photographierenden Kinder nicht in einer jeden beliebigen Stellung aufgenommen werden, sondern unter Zuhilfenahme zweier Basalpunkte: das oberste Ende der Rima ani und die Vertebra prominens. Die Verbindung dieser beiden Punkte ergibt die Grundlinie, um welche der Körper zentriert erscheint. Die Einstellung des Körpers erfolgt in der Weise, daß der Kreuzungspunkt zweier Drahtstäbe des Meßgitters gerade über den ersten Basalpunkt eingestellt wird, und der senkrecht von hier hinauflaufende Draht die Vertebra prominens trifft. Auf diese Weise erfolgt die Vergleichung eines und desselben skoliotischen Kindes viel leichter als bisher; auch wird hierdurch den Reklameabbildungen vieler nichtärztlicher Orthopäden ein Riegel vorgeschoben.

Mit dem Meßgitter können wir auf der Photographie direkte Messungen ausführen und erhalten überdies die Seitenkonturen des Körpers, die Höhe der Schultern, der Hüften, die seitliche Deviation der Wirbelsäule usw. Behufs leichterer Hantierung sind die Dezimeterquadrate mittels eines feineren Drahtes noch in Quadrate zu je 5 cm eingeteilt. Die Dezimeterdiagramme sehen übersichtlicher aus als Zentimeterzeichnungen. (Selbstbericht.)

---

14) Perthes. Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose und Operation der Stirnhöhlenosteome.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 4.)

Die Prognose der Entfernung von Stirnhöhlenosteomen war früher eine keineswegs erfreuliche. Sie hat sich unter dem Einfluß der aseptischen Methode gebessert. Für ein zweckmäßiges, die Technik vereinfachendes Verfahren war indessen immer noch eine Schwierigkeit vorhanden, nämlich die genaue Bestimmung, daß die in die Augenhöhle ragende Geschwulst von der Stirnhöhle ausgehe. Denn, dies vorausgesetzt, wird man heute so verfahren, daß man die Stirnhöhle breit eröffnet, das eingekapselte Osteom freilegt und entfernt. Die diagnostischen Mittel zur Erkennung solcher Knochengeschwülste sind nun wesentlich durch die Skiagraphie gefördert worden. Verf. beschreibt die Krankengeschichte einer Pat., bei welcher mit den gewöhnlichen Hilfsmitteln nur zu erkennen war, daß eine Knochengeschwulst vom Orbitaldache aus das Auge nach außen und unten ver-

drängte. Eine Vorwölbung an der Stirn war nicht nachweisbar. Erst die Röntgenaufnahme ließ erkennen, daß die Geschwulst sich 4 cm über das Orbitaldach in die Höhe und mit einer Breitenausdehnung von im ganzen 5,5 cm sich bis über die Medianlinie nach der anderen Seite erstreckte. Außer der Ausdehnung der Geschwulst war im Röntgenbilde zu erkennen, daß die vordere Stirnhöhlenwand durch einen Spaltraum von dem Osteom getrennt war. Diese Tatsache ermöglichte es, als Operationsmethode die osteoplastische Resektion der vorderen Stirnhöhlenwand zu wählen, wie sie von Czerny empfohlen wurde. Der kosmetische Effekt war infolgedessen auch ein guter. P. empfiehlt auf Grund seiner Beobachtung die genaue Bestimmung des Sitzes von Stirnhöhlenosteomen mittels der Röntgenstrahlen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

15) **D. Schwarz.** **Resectio ganglii Gasseri.**
(Liečnički viestnik 1904. Nr. 2 u. 4.)

16) Derselbe. **Neuralgia nervi trigemini. Resectio ganglii Gasseri sec. Krause.**
(Ibid. Nr. 3.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine 42jährige Frau, bei der schon früher die Evulsion des N. infraorbitalis und die Resektion des N. supramaxillaris nach Kocher am Foramen rotundum ausgeführt wurde, im zweiten um einen 64jährigen Mann, der schon früher eine Evulsion des N. infraorbitalis nach Thiersch und eine Resektion des 2. Astes am Foramen rotundum nach Krönlein durchgemacht hatte.

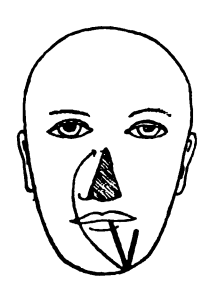
In beiden Fällen führte Verf. die Operation genau nach Krause's Vorschriften, nur mit der von ihm empfohlenen Modifikation aus, daß er nach Friedrich's Vorschlag vorher die Art. carotis ext. unterband.

Bei der Frau wurde nach der Operation eine komplete Ophthalmoplegie auf der Operationsseite beobachtet, die aber in einigen Tagen bis auf die Abducenslähmung zurückging. Es wurden offenbar bei der Präparation des Ganglion die zarten Augennerven beschädigt. Hornhautstörungen wurden nicht beobachtet. In der linken Gesichtshälfte waren die Hautfalten geglättet, die Haut glänzend und feucht, verdickt, wie ödematös (Glossy skin). Beim Manne wurde sofort nach der Operation eine Abducenslähmung und Lagophthalmus und im weiteren Verlauf, als das deckende Uhrglas versuchsweise weggelassen wurde, ein Hornhautgeschwür beobachtet.

v. Cačković (Agram).

17) **C. Beck (New York).** **The utilisation of the lower lip in rhinoplasty. A new procedure.**
(Med. news 1904. März 5.)

Einer an rezidivierendem Karzinom der Nase leidenden Pat., bei der bereits mehrfach plastische Deckungen aus Wange, Stirn und Arm vorgenommen waren, ersetzte B. nach erneuter Exzision des Erkrankten den fehlenden linken Nasenflügel in folgender Weise: Schnitt durch die ganze Dicke der Unterlippe, beginnend etwas über 1 Zoll vom Mundwinkel entfernt, nach abwärts bis zum Kinn, dann nach aufwärts bis ½ Zoll unterhalb des Mundwinkels. Einnähen des nach oben gedrehten dreieckigen Lappens in die Lücke. Vereinigung der Unterlippe mit durchgreifenden Seidennähten. Nach 2 Wochen Durchschneiden von ⅔ des Lappens, 4 Tage später des Restes. Bis auf eine kleine Randnekrose heilte der Lappen an. — Die Vorteile dieses Verfahrens sieht B. darin, daß der neugebildete Nasenflügel innen überall mit Schleimhaut bedeckt ist und so nach Möglichkeit normale Verhältnisse hergestellt sind, ferner daß der Lappen nicht schrumpft und deshalb nicht größer geschnitten zu werden braucht, als der Defekt ist.



Kleinschmidt (Charlottenburg).

18) **Habs.** Ein Fall von totaler Rhinoplastik aus dem Arme.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 10.)

Mit dem Hautlappen wurde eine Knochenspange aus der Ulna zur Transplantation verwendet, und zwar in der Weise, daß zunächst der Hautlappen an der Ulnarseite des Vorderarmes umschnitten, abpräpariert, sodann mit dem Periost ein Knochenlappen abgemeißelt, nach oben umgeklappt und mit seiner Wundfläche gegen die des Hautlappens fixiert und zur Verwachsung gebracht wurde, während die Spange selbst noch durch eine breite, längs verlaufende Periostbrücke mit dem übrigen Knochen in Verbindung blieb. In einer 2. Sitzung wurde die Periostbrücke durchtrennt, die Knochenspange auch auf ihrer periostalen Seite mit dem umgeschlagenen Hautlappen bedeckt, somit also gewissermaßen in eine Tüte von Haut vollkommen eingehüllt. Einige Monate später wurde dieselbe nach Anfrischung in den totalen Nasendefekt eingepflanzt, während der Arm durch einen Gipsverband gegen die eine Kopfseite und Stirn befestigt wurde, nach 3 Wochen der Lappen an seiner Basis vom Arm abgetrennt. — Über die einzelnen Akte des operativen Vorgehens und das schließlich erzielte kosmetische Resultat geben zahlreiche Abbildungen Aufschluß. Die Nase hat ein festes knöchernes Gerüst. **Kramer** (Glogau).

19) **Herhold.** Beitrag zur Kiefertuberkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXII. p. 95.)

Mitteilung von zwei eigenen Fällen, an Soldaten beobachtet. Fall 1. Im Anschluß an Caries des unteren Weisheitszahnes entwickelt sich unter teilweisen Temperaturerhöhungen binnen 4 Wochen eine totale Nekrose der betreffenden Unterkieferhälfte. Gleichzeitig mit der Exartikulation der letzteren werden mehrere Lymphome der Kieferwinkelgegend entfernt und ergab sich, daß letztere tuberkulös waren, während in dem Knochen keine Tuberkulose nachgewiesen werden konnte. Wahrscheinlich war der ostitische Prozeß von rein osteomyelitischer, nicht tuberkulöser Natur. Fall 2. Der Pat., seit lange kariöse obere Backzähne tragend, bekam eine Schwellung der ganzen Backe, von welcher eine Auftreibung des Jochbeines hinterblieb. Bei der Operation wurden die Zähne extrahiert, wobei sich der Alveolarfortsatz kariös zeigte und unter Entfernung von zwei erbsengroßen Sequestern ausgelöffelt werden mußte. Außerdem war das Jochbein tuberkulös-nekrotisch und mußte reseziert werden. In diesem Falle ist eine tuberkulöse Infektion der Zahnalveolen von den kariösen Zähnen aus anzunehmen, welche ihrerseits auf dem Wege der Lymph- oder Blutbahnen mit Überspringen des gesund gebliebenen Oberkieferkörpers zur Erkrankung des Jochbeines führte. — Beide Pat. wurden geheilt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

20) **W. Pincus.** Das zentrale Cystadenom der Kiefer.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 4.)

Das Zahnsystem ist nicht selten die Grundlage für die Bildung epithelialer Geschwülste mit cystischer Degeneration, der sogenannten Cystadenome. Allerdings ist die Kasuistik noch keine sehr große. P. fügt ihr zwei neue, in der v. Bergmann'schen Klinik beobachtete Fälle hinzu. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung, die von beiden Fällen vorliegt, hat man es mit Geschwülsten zu tun, welche in die Umgebung hineinwuchern und welche die Eigentümlichkeit besitzen, drüsenähnliche Bildungen unter Erweiterung der Drüsenlichtung und Abscheidung einer Flüssigkeit hervorzubringen. Bezüglich der Entstehung dieser Geschwülste bezieht sich Verf. vornehmlich auf die Arbeiten von Malassez und v. Brunn, die er in ihrem Hauptinhalt anführt. Für die Diagnose ist noch immer als ein wesentliches Symptom das zuerst von Dupuytren beschriebene Pergamentknittern anzuführen. Zur Unterscheidung von bösartigen Geschwülsten dient vor allem der Hinweis auf das jugendliche Alter und das Freibleiben der regionären Lymphdrüsen sowie die lange Dauer der Erkrankung. Das

Odontom, eine andere cystische Kiefergeschwulst, ist eine Krankheit des zahnbildenden Apparates und nicht des Zahnes selbst. Es kann also auch nur während der Bildungsperiode des Zahnes entstehen. Was die Therapie anlangt, so empfiehlt es sich bei der Neigung der Cystadenome zu lokalen Rezidiven, sich nicht mit Auskratzungen und Inzisionen zu begnügen, sondern mit Meißel, Hammer und Säge partielle Resektionen vorzunehmen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

21) **Roger et Weil.** Note sur le parasite de la mélanoglossie.

(Soc. méd. des hôpitaux de Lyon 1903. Juni 30.)

Verff. fanden in einem typischen Falle von schwarzer Zunge den von Lucet beschriebenen Saccharomyces linguae pilosae: weiße Kolonien von fadenförmigen Gebilden, welche sich auch in kleinen Dosen für Kaninchen konstant pathogen erwiesen. **Mohr** (Bielefeld).

22) **W. Schulthess** (Zürich). Beiträge zur pathologischen Anatomie der Wirbelsäule.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 1.)

S. berichtet im ersten Teile dieser Arbeit über Messungsresultate bei Skoliose, die mit späterem Sektionsbefunde verglichen werden. Im zweiten Teile behandelt er die Spondylitis an der Hand einiger seltener Präparate, an denen die Weichteile noch nicht entfernt sind, und zwar

1) Spondylitis cervicalis,
2) Spondylitis anterior superficialis,
3) Spondylitis dorsalis mit Gibbus und Abszeßbildung im hinteren Mediastinum,
4) Knickung der Aorta durch Gibbusbildung bei Spondylitis tuberculosa.

Die Wiedergabe der entsprechenden Bilder wird weiter zum Verständnis der Spondylitis beitragen und hier und da eine Lücke ausfüllen können.

Hartmann (Kassel).

23) **Helferich.** Verletzung der Wirbelsäule bei seitlich geneigter Haltung.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 1.)

H. beschreibt in einem Gutachten das Zustandekommen einer Verletzung in allen Einzelheiten ihrer Wirkung auf den Körper des Betroffenen. Ein Landarbeiter hatte mit einem Arbeitsgenossen eine Wagenleiter auf der linken Schulter getragen, deren vorderes Ende von diesem plötzlich und unvermutet über die Runge auf den Wagen geworfen wurde. Hierbei kam von seiten der Leiter von oben gegen die linke Schulter des Landarbeiters ein heftiger Stoß zustande. Seit dieser Zeit Schmerzen und Beschwerden in der rechten Lendengegend. H. weist nun nach, daß dieser Mann, um sich im Gleichgewicht zu halten, mit der Leiter auf der linken Schulter seinen Rumpf im ganzen nach rechts hinüber gebogen hielt, so daß im Momente des unvermuteten Stoßes die Wirbelsäule nach der linken Seite konvex und nach der rechten konkav gehalten wurde. Es mußte demnach dieser Stoß nach abwärts auf die so gebogene und fixierte Wirbelsäule einwirken. Hierdurch wurden die Quer- und Gelenkfortsätze der einzelnen Wirbel auf der rechten Seite, die infolge der Konkavität in innigerer Berührung standen, betroffen. Es erfolgte eine Quetschung und Stauchung der Wirbelsäule auf der rechten Seite und hauptsächlich in der Lendengegend. **Hartmann** (Kassel).

24) **Brown.** A case of exfoliation of the anterior arch of the atlas.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. März 12.)

Bei dem Kranken, dessen Allgemeinbefinden sehr schlecht war, fand sich ein großes syphilitisches Rachengeschwür, das den Eingang zu einer Abszeßhöhle bildete. Bewegungen des Kopfes und Halses, namentlich Drehbewegungen, waren

sehr behindert. Unter Schmierkur und Jodkali trat Besserung ein; 3 Monate nach Beginn der Behandlung stieß sich der ganze vordere Bogen des Atlas mit der Gelenkfläche für den Epistropheus ab. Es waren während der Krankheit keinerlei Rückenmarkserscheinungen aufgetreten. Einige Jahre später hatte sich auch die Beweglichkeit beträchtlich gebessert. An Stelle des Abszesses bestand eine tief eingezogene Narbe.

In der Literatur konnte Verf. einige 80 Fälle von Caries und Nekrose des Atlas auffinden, von diesen nur fünf syphilitischen, alle anderen tuberkulösen Ursprunges. Die tuberkulösen endeten fast alle tödlich; die wenigen Geheilten trugen Lähmungen davon. Dagegen heilten alle syphilitischen Nekrosen, ohne irgendwelche Beteiligung des Rückenmarkes zu zeigen. **Trapp** (Bückeburg).

25) **Davis.** Tumors involving the cauda equina.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. März 19.)

Verf. gibt eine tabellarische Übersicht über 19 Fälle von Geschwulst der Cauda equina. Ein von ihm selbst operierter Kranker zeigte motorische und sensible Lähmungen im Gebiete des 3. Lenden- bis 5. Kreuzbeinnerven, die namentlich in der typischen Anästhesie an den unteren Gliedmaßen zum Ausdruck kamen. Beschwerden hatten 10 Monate früher begonnen. Operation: Schnitt einige Zentimeter über und unter dem 4. Lendenwirbel. Rechts der Wirbelsäule fand sich eine unregelmäßig spindelförmige Geschwulst, die vor den Wirbelbögen lag, sich aber, wie nach Abtragung zweier derselben sichtbar, auf die Rückenmarkshäute fortsetzte. Die Geschwulst wurde nebst einem Stück der Rückenmarkshäute entfernt; sie war $6 \times 4 \times 2{,}5$ cm groß, wog 30 g, erwies sich mikroskopisch als Sarkom. 3 Monate später Zunahme der Krankheitserscheinungen unter eintretendem Verfall. Über das Ergebnis unmittelbar nach der Operation ist nichts gesagt.

Trapp (Bückeburg).

26) **H. Brun.** Ein Grenzdivertikel des Ösophagus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLI. Hft. 1.)

Aus der Züricher chirurgischen Klinik berichtet Verf. über einen genau studierten Fall von Speiseröhrendivertikel, welcher durch Operation und idealen Wundverlauf zu vollständiger Heilung gebracht wurde. Anamnese, Status, Operation, Verlauf und die Untersuchung des gewonnenen Präparates werden einzeln eingehend erörtert und zur Klärung mancher noch schwebenden Fragen benutzt. Die interessanten Einzelheiten der immerhin seltenen Beobachtung müssen im Original nachgelesen werden. **Blauel** (Tübingen).

27) **Kirmisson.** Corps étranger d'une bronche.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 24.)

Zur Warnung sei dieser Fall mitgeteilt.

Im rechten Bronchus eines 5jährigen Kindes wurde skiagraphisch der Sitz einer Glaskugel bestimmt. Beim Versuch, mit einem eigens konstruierten Haken sie nach Tracheotomie zu entfernen, wurde die Wand des Bronchus mit dem Instrument perforiert, das nicht mehr zurückgezogen werden konnte. Das Kind starb.

V. E. Mertens (Breslau).

28) **Garrè.** Über den operativen Verschluß von Lungenfisteln.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 15.)

Wenn es auch in manchen Fällen gelingt, durch einfache Kauterisation eine Bronchialfistel zur Heilung zu bringen, so läßt sich doch für die operative Behandlung von Lungenfisteln kein Schema aufstellen. Ist es doch bald die schwartig verdickte Pleura, welche einer weiteren Narbenschrumpfung entgegensteht, oder aber es kann die nicht schwartige Pleura pulmonalis straff im Thoraxfenster ausgespannt sein. Ferner kann die Fistel an das Periost einer überhängenden Rippe straff herangezogen sein oder in der Tiefe einer epithelisierten Lungenhöhle liegen, deren Ränder durch das Rippenfenster oder durch einen Narbenring klaffend er-

halten werden. G. teilt verschiedene Fälle mit, in denen er teils durch einfache Anfrischung, teils durch Vernähung der mobilisierten Lungenpleura — dieselbe wurde, um ein Durchschneiden der Nähte zu verhüten, in einem Umkreise von 2—3 cm um die Lungenwunde herum stehen gelassen — und Beseitigung sonstiger oben erwähnter Hindernisse, Mobilisation der Thoraxwand, der Lunge, Heilung erzielte. Besonders interessant ist der zuletzt erwähnte Fall, in welchem bei einem 11jährigen Pat. nach Resektion der 7. und 8. Rippe am 30. Mai 1902 die Pneumotomie wegen Lungengangrän gemacht wurde. Da eine ca. fünfmarkstückgroße, tief eingezogene Wunde des Lungenparenchyms bestehen blieb, in welche vier größere und mehrere kleinere Bronchialfisteln mündeten, so wurde am 28. Mai 1903 nach ausgedehnter Rippenresektion zum Verschluß eines ektasierten Bronchus dieser in einer Ausdehnung von 1 cm von seiner Schleimhaut befreit, die Öffnung durch einen aus der Umgebung der benachbarten Rippe genommenen nagelgliedgroßen Lappen aus Muskel und peripleuralem Gewebe tamponiert und der Lappen durch Nähte fixiert. Die andere Lungenwunde wird angefrischt und so umschnitten, daß ein ca. 1 cm breiter Saum von verdickter Pleura stehen bleibt. Nach Abschälung der verdickten Pleuraschwarte werden die Wundränder durch doppelte Nahtreihe vereinigt. Ein 4 cm langer Hautlappen wird brückenartig quer über die Naht gelegt. Da der Erfolg ausblieb, so wurde am 8. Januar 1904 der Unterlappen in breiter Ausdehnung von seinen pleuralen Verwachsungen gelöst, unter großen Schwierigkeiten die Lungenbasis vom Zwerchfell getrennt, bis der Unterlappen so weit mobilisiert war, daß er bequem in die Resektionswunde gezogen werden konnte. Spaltung der Fisteln, Exzision der Bronchialschleimhaut, oberflächliche Anfrischung des Lungengewebes. Naht. Heilung.

G. hält es nicht für richtig, mehr Rippen zu resezieren als zur Anbahnung der Ausheilung des Prozesses unbedingt nötig ist. Auf eine Mobilisation der Lunge ist ebenfalls großes Gewicht zu legen. **Borchard** (Posen).

29) **Renon.** Plaie du coeur. Suture. Mort le lendemain.

(Tribune méd. 1904. Nr. 3.)

Selbstmörder wird eine Stunde nach der Tat völlig anämisch, aber bei Bewußtsein eingeliefert. Einschuß im 4. Zwischenrippenraume 4 cm nach innen von der linken Brustwarze. Keine Pleuraverletzung. In leichter Chloroformnarkose wird die Wunde durch einen senkrechten, 10 cm langen Schnitt erweitert, 4. und 5. Rippe, und zwar 3 cm Knorpel, 2 cm Knochen, reseziert. Nach Erweiterung der Perikardwunde stürmische Blutung. Das Herz wird an die Wundränder herangezogen, Herzwunde, deren Sitz an der Basis des linken Ventrikels angenommen wird, mit dem Finger tamponiert. Zwei Catgutnähte sind sehr schwer anzulegen, die übrige Herzwunde wird durch drei Catgutnähte leichter genäht. Perikard im unteren Wundwinkel tamponiert. Tod 30 Stunden nach der Operation. — Die Sektion ergibt, daß die Wunde nicht an der Basis, sondern mehr an der Herzspitze saß, und daß starke pleuritische Schwarten vorhanden waren. Hierdurch erklärt es sich, daß auch bei der Operation kein Pneumothorax entstand.

Verf. knüpft an den Fall die folgenden kritischen Bemerkungen:

1) Ein Knochenhautlappen wäre besser gewesen; denn es entstand nach Schluß der Perikardnaht ein toter Raum im Brustkorbe durch die starren Wundränder.

2) Die Bildung eines solchen Lappens sowie den Rat von Rehn und Bode, Diastole oder Systole zum Nähen abzuwarten je nach dem Sitze der Verletzung, hält er für schwer durchführbar wegen der Eile der Operation, die wegen der Blutung notwendig, und wegen der stürmischen Herzbewegungen.

Aus diesem Grunde verwirft er auch alle besonders konstruierten Instrumente zum Fassen und Halten des Herzens. Die Tamponade der Perikardwunde verwirft er. **Coste** (Straßburg i. E.).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 25. **Sonnabend, den 25. Juni.** **1904.**

(Aus der chir. Abteilung des Kaiser Franz Josef-Spitals in Wien.)

Über Euguform in der Chirurgie.

Von
Dr. Georg Lotheissen,
Privatdozent und k. k. Primärarzt.

Für die Behandlung der Tuberkulose wird schon lange außer dem Jodoform das Kreosot resp. dessen wirksamer Bestandteil, das Guajakol, empfohlen. Da letzteres, rein gebraucht, schädigend teils auf die Haut, teils auf den ganzen Organismus wirkt, konnte sein Gebrauch nicht allgemein werden. Man verwendete daher verschiedene Präparate des Guajakols. Eines derselben, das von Spiegel zuerst hergestellte, jetzt von der chemischen Fabrik Güstrow (Dr. Hillringhaus und Dr. Heilmann) fabrizierte Euguform, ist schon seit 3 Jahren den Dermatologen bekannt, scheint aber in der chirurgischen Praxis noch wenig Verwendung gefunden zu haben. Ich habe es in meiner Abteilung erprobt und glaube es auf Grund meiner Erfahrungen empfehlen zu können. Ich möchte hier nur kurz darauf

aufmerksam machen, einen ausführlicheren Bericht lasse ich an anderer Stelle geben.

Euguform ist ein acetyliertes Methylen-Diguajakol, entstanden durch Kondensation von Guajakol und Formaldehyd, Lösen in kochendem Eisessig und Ausfällen in kaltem Wasser. Es ist ein feines, graubraunes, fast geruchloses Pulver, das nur wenig in Alkohol, gut in Aceton löslich ist. Seine Wirkung beruht auf der durch die Körpersäfte hervorgerufenen Zerlegung in seine Bestandteile Guajakol und Formaldehyd. Letzteres ist nach subkutaner Anwendung schon nach 24 Stunden im Harn nachzuweisen, jedoch nur durch 1 bis 2 Tage, und zwar in quantitativ nicht mehr bestimmbaren Mengen.

Durch Tierexperimente konnte ich mich überzeugen, daß Euguform, intraperitoneal einverleibt, erst in etwa dreimal so viel Zeit tötet als Jodoform. In Dosen, welche freilich die therapeutisch gebrauchten weit übersteigen, unter die Haut gebracht, führte es zu Nekrose, so daß man doch einige Vorsicht nicht außer Acht lassen darf. Das Euguformpulver ist außerordentlich leicht, so daß 1 g pro Kilogramm Körpergewicht subkutan in steriler Ölemulsion injiziert eine voluminöse Masse ist, die schon rein mechanisch die Zirkulation schädigen muß. Nur etwa den zehnten Teil würde man aber von dem weit schwereren Jodoform einverleiben. Ich möchte als Maximum bei Euguform ca. 0,05 pro Kilo Körpergewicht ansehen.

Euguform übt eine vorzüglich reinigende und austrocknende Wirkung. Dies zeigt sich namentlich bei jauchenden Unterschenkelgeschwüren, die, täglich mit 10%iger Euguformvaseline verbunden oder alle 2—3 Tage mit Euguformpulver eingestäubt, sich rasch reinigen und, selbst wenn der Pat. herumgeht, sich oft rasch überhäuten. Das Präparat erscheint daher besonders für ambulatorische (poliklinische) Behandlung geeignet. Sehr ungünstige Stellen (z. B. auf der Tibiakante) trotzen freilich manchmal auch dieser Therapie.

Es wirkt auch stark desodorisierend. Gossen wir in jauchende Abszesse 5—10%ige Euguform-Glyzerinemulsion ein, verschwand bald der üble Geruch, minderte sich zusehends die Sekretion und erfolgte die Heilung rascher als wir es sonst sehen. Bei inoperablen Uteruskarzinomen kann es die Sekretion und den üblen Geruch vermindern.

Tuberkulöse Geschwüre reinigen sich rasch und heilen schön aus, wenn es sich nicht um aufgebrochenen Fungus handelt. Hier ist die Exstirpation nicht zu umgehen. Wo eine Operation stattfinden muß, die Heilung per secundam bedingt, wird die Überhäutung beschleunigt. Bei tuberkulösen Fisteln, die so liegen, daß man den Herd nicht leicht radikal angehen kann, hat uns nach der Exkochleation das Eingießen von Euguform-Glyzerin gute Dienste geleistet. In kalte Abszesse haben wir nach der Punktion Euguform-Glyzerin injiziert, einige Male mit gutem Erfolg. Ein paar Mal blieb der Erfolg aus, wie wir es auch beim Jodoform sehen, wenn die Tuberkulose zu allgemein verbreitet ist und der Pat. an

universeller Tuberkulose zugrunde geht. In solchen Fällen öffnet sich dann, oft erst nach 14 Tagen, die Punktionsstelle wieder und es bildet sich eine Fistel, ganz wie bei der Jodoformtherapie. Um einerseits die eventuell schädigende Wirkung des Glyzerins zu vermeiden, andererseits zu verhüten, daß durch eine zu große Menge von Euguform, wie beim Tierversuch, Nekrose hervorgerufen werde, haben wir in letzter Zeit nur noch 5%ige Euguform-Ölemulsion angewandt, bis zu 50 g. Wie man bei 10%iger Jodoform-Glyzerinemulsion nicht gern mehr als 50 g anwendet, möchte ich für 5%ige Euguform-Ölemulsion etwa 75 g als Maximaldosis empfehlen.

Das Pulver, rein aufgeblasen, hat eine leicht ätzende Wirkung, so daß man damit vorsichtig sein muß. Granulationen gewöhnlicher Geschwüre werden, wenn man täglich Euguformpulver anwendet, glasig, die Überhäutung geht dann sehr langsam vor sich. Besser ist daher in solchen Fällen eine 10%ige Salbe. Doch kann man tuberkulöse Geschwüre und auch chronische Unterschenkelgeschwüre, die noch viel sezernieren, ganz gut von Zeit zu Zeit mit Euguform anblasen. Auch bei einem Pat., der wegen Fungus operiert wurde, im Larynx aber tuberkulöse Ulcera hatte, haben wir Einblasungen von Euguform mit günstigem Erfolge gemacht.

Auch bei Verbrennungen und Erfrierungen leistet Euguform gute Dienste, beim zweiten Grade als Salbe, wo es zugleich schmerzlindernd wirkt; beim dritten Grade als Pulver oder Euguformgaze. Wir erzielen dadurch eine vollkommene Mumifikation der abgestorbenen Teile, die sich dann aseptisch (wir sahen nie Temperatursteigerung) abstoßen.

Durch Lösen des Euguform in Alkohol bei Glyzerinzusatz kann man sich leicht Euguformgaze bereiten, die übrigens auch fabriksmäßig[1] hergestellt wird. Bei tuberkulösen Prozessen, nach Entfernung kariöser Herde, bei gespaltenen Kongestivabszessen hat die Schleiertamponade guten Effekt gezeigt.

Daß das Jodoform völlig ersetzt werden könne, glaube ich nicht, doch ist es immer angenehm, einige Ersatzmittel dafür zu kennen. Darum möchte ich zur Nachprüfung dieses Präparates bei geeigneten Fällen in der chirurgischen Praxis auffordern.

Bisherige Publikationen:

Ciesielski, Klinische Untersuchungen über Euguform. Dermatol. Zentralblatt IV. Jahrg. Nr. 6.

Maass, Über Euguform. Deutsche med. Wochenschrift 1901. Nr. 20. Therapeutische Neuigkeiten.

Luxenhofer, Erfahrungen über Euguform. »Die ärztliche Praxis« 1903. Nr. 11.

Max Joseph, Über Euguformum solubile. Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 4.

[1] Verbandstofffabrik Paul Hartmann, Heidenheim a. Brenz.

1) **K. v. Bardeleben** und **H. Haeckel.** Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 3. völlig umgearbeitete und vermehrte Auflage. Herausgegeben unter Mitwirkung von Dr. Fritz Frohse, mit Beiträgen von Prof. Dr. T. Ziehen.

Jena, **Gustav Fischer,** 1904.

204 größtenteils mehrfarb. Holzschn., 1 lithogr. Doppeltafel und erläut. Text.

Wir haben in Deutschland mehrere gute Atlanten der topographischen Anatomie, aber wohl nur einen — den hier angezeigten —, von dem in 4 Jahren 3000 Exemplare abgesetzt worden sind und der nun in 3. Auflage im 8.—10. Tausend erscheint. Der Gründe dafür gibt es verschiedene: ein Anatom und ein praktischer Chirurg arbeiten einander in die Hand; infolge davon finden die neuen Fortschritte in der Erkenntnis der Krankheiten und in der chirurgischen Therapie schnell Aufnahme in dem Werke, das somit stets auf der Höhe bleibt. Die erforderlichen Tafeln zeichnet — meist in natürlicher Größe — ein künstlerisch begabter Anatom, und diese Originale werden in vorzüglichen Holzschnitten reproduziert. Reiche, aber stets diskrete Verwendung von Farben dient zum genauen Auseinanderhalten der einzelnen Organe und Gewebe, so daß der Beschauer schnell einen Überblick über das reichlich dargebotene Material gewinnt, der durch die der Tafel beigefügten Bezeichnungen erleichtert wird. Ein kurzer, aber voll ausreichender Text weist auf die Eigentümlichkeiten des daneben stehenden Bildes und die aus ihnen sich ergebenden Wege bei chirurgischen Eingriffen in den betreffenden Körperabschnitten hin.

Was die Neuaufnahmen in dieser 3. Auflage betrifft, so weist Ref. vor allem hin auf eine Anzahl Tafeln über Körpergegenden, die, die Grenzgebiete betreffend, in unseren Tagen ganz besonders von den Chirurgen berücksichtigt werden, sowie auf solche, welche die Sehnenscheiden und Schleimbeutel, namentlich aber auch die Lymphdrüsen und Lymphbahnen übersichtlich darstellen. Obwohl durch solche Neuaufnahmen wie durch Neuzeichnung nicht mehr genügender früherer Abbildungen der Verleger sich große Kosten auferlegt hat, ist der Preis des Werkes nicht erhöht worden.

Richter (Breslau).

---

2) **Moore.** Complications and sequels of prostatectomie.

(Annals of surgery 1904. Nr. 3.)

M. hält die Prostatektomie für eine ernste Operation, die nicht schablonenhaft bei jeder vergrößerten Prostata, sondern nur in ausgewählten Fällen anzuwenden ist. Es kommt nicht so sehr auf das Alter der Pat. wie auf die gesunde Beschaffenheit der Nieren an, da Urämie eine nicht seltene Folge der Operation ist. Eine zweite Gefahr liegt in einer eventuell auftretenden postoperativen Sepsis, welche am besten durch eine gute Drainage der Blase vermieden

wird, da sich die dickwandige Balkenblase nicht gut und sicher desinfizieren läßt.

M. bevorzugt die perineale Prostatektomie. Der Schnitt ist nicht zu groß anzulegen, die Blutung muß nicht durch Tamponade, sondern durch sorgfältige Unterbindung der Gefäße gestillt werden; bei der einfachen medianen Schnittführung ist die Blutung geringer, als wenn noch Seitenschnitte hinzugefügt werden. Eine Eröffnung der Harnröhre läßt sich nicht vermeiden, es sollen aber unbedingt die oberen und die Seitenteile derselben unverletzt bleiben. Ebenso hat man eine Verletzung des Mastdarmes zu verhüten, die schon durch einen scharfen Haken des ungeübten Assistenten hervorgerufen werden kann. Die Blase ist sorgfältig auf Steinkonkremente abzusuchen. Die Zerstörung der Samenkanälchen läßt sich leider zurzeit nicht vermeiden, zu hüten hat man sich aber vor einer Verletzung des Blasensphinkters, damit nicht Inkontinenz oder eine Strikturierung eintritt. Die Harnröhre soll durch Catgut wieder bis auf eine für das Drainrohr bestimmte Öffnung geschlossen werden; durch zu starke Tamponade der Wunde wird die Heilung verzögert. Nach drei Wochen ist die Dammwunde bis auf eine kleine Fistel meist geschlossen. Verliert sich die Urinfistel nicht mit der Zeit, so ist eine plastische Nachoperation zu machen. **Herhold** (Altona).

---

3) **W. Stoeckel.** Die Cystoskopie des Gynäkologen.

Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1904. 320 S. 9 farbige Tafeln, 36 Figuren.

Verf. hat sich bei diesem Buche die Aufgabe gesteckt, der Cystoskopsie unter den Gynäkologen, die sich bisher mit der Methode noch nicht vertraut gemacht haben, Verbreitung zu verschaffen. Diesem Zweck entsprechend hat Verf. vor allen Dingen ein Lehrbuch für Anfänger geschrieben und besonderes Augenmerk auf eine überaus detaillierte und genaue Beschreibung der Technik, die kleinsten Handgriffe eingeschlossen, gerichtet, ohne dabei von den alten, bewährten Methoden irgendwie im wesentlichen abzuweichen; die Angabe eines praktischen und billigen Stativs für das Cystoskop erscheint recht zweckmäßig.

Im klinischen Teile werden die cystoskopischen Befunde bei Blasenentzündungen, Blasengeschwülsten, Fremdkörpern, Fisteln und Verletzungen der Harnwege, bei Harnleiter- und Nierenerkrankungen, bei Erkrankungen der Blasennachbarschaft, nach gynäkologischen Eingriffen, schließlich während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett geschildert und auf zum Teil recht schön ausgeführten farbigen Tafeln dargestellt. Bei dem beschränkten zur Verfügung stehenden Raume konnte es sich hierbei nur um einen allgemeinen Überblick handeln; trotzdem wird bei der Lektüre dieses Teiles auch der erfahrene Cystoskopiker nicht leer ausgehen; zumal das Kapitel über die Harnfisteln, in dem S. besonders gearbeitet hat, muß hier rühmend hervorgehoben werden. Bei der Beurteilung der Frage

der Operabilität des Uteruskarzinoms aus dem cystoskopischen Befunde steht S. erfreulicherlicherweise auf demselben vorsichtig zurückhaltenden, skeptischen Standpunkte, der in einer jüngst aus der Breslauer Frauenklinik erschienenen Arbeit ebenfalls vertreten wurde. **Willi Hirt** (Breslau).

---

4) **Seldowitsch.** Über intraperitoneale Rupturen der Harnblase.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 4.)

Verf. konstatiert, daß mit Unrecht die intraperitonealen Blasenrisse für eine seltene Verletzung gelten, und daß sie wegen ihrer Bedeutung eine umfassendere Besprechung verdienen, als sie von den gangbarsten chirurgischen Lehrbüchern gegeben wird. Die häufigste Ursache der Rupturen sind Kontusionen, welche den unteren Teil der vorderen Bauchwand treffen. Doch gibt es auch Fälle, die durch Sprung auf die Beine, durch Sturz auf Rücken und Gesäß, sowie Hebung großer Lasten entstanden sind. Für den Mechanismus der Ruptur kommt die verschiedenartige Widerstandsfähigkeit der die Blase umgebenden Gewebe, Beckenring, Darm usw. in Betracht. Die häufigste Art der Ruptur ist die intraperitoneale in der Gegend der hinteren oberen Blasenwand. Wahrscheinlich reißt zuerst immer Mucosa und Muscularis, zuletzt erst die Serosa. Doch gibt es auch Fälle, wo letztere intakt bleibt. Die Diagnose, welche in den Anfangsstadien auf den Symptomen der Funktionsstörung der Blase, in den späteren auf dem Zeichen der Peritonitis basiert, ist in manchen Fällen sehr schwer zu stellen, so daß die Verletzung leicht unerkannt bleibt und die Pat. zugrunde gehen.

Zur sicheren Erkenntnis hat man noch die Einführung von Flüssigkeitsmengen in die Blase benutzt, um zu sehen, ob die ganze Menge wieder abfließt oder ein Teil in die Bauchhöhle eindringt. Sicherer ist man der Diagnose, wenn es gelingt, einen eingeführten Katheter unter den Bauchdecken zu fühlen. Wichtig ist auch die Entleerung großer eiweißhaltiger Flüssigkeitsmengen mittels Katheter. Die Entleerung mittelgroßer Mengen entspricht eher extraperitonealen Blasenrupturen. Die Prognose der intraperitonealen Ruptur ist eine ungünstige, besonders wenn der operative Eingriff nicht sehr zeitig erfolgt. Ist die Blasenruptur mit einer Verletzung der Beckenknochen kombiniert, so ist die Aussicht auf Genesung besonders schlecht. Die Behandlung hat in sofortiger Operation, Blasennaht und Tamponade der Bauchhöhle zu bestehen; letztere, falls eine Peritonitis vermutet wird. Meinungsverschiedenheiten bebestehen nur darüber, ob man zuerst eine Sectio alta oder gleich die Laparotomie ausführen soll. Hildebrand's Verfahren, die intraperitoneale Blasenruptur durch Hervorziehen des Organes und Naht des Bauchfelles in eine extraperitoneale zu verwandeln, hält Verf. wegen der technischen Schwierigkeiten und des Zeitverlustes bei den

meist stark geschwächten Pat. nicht in allen Fällen für angängig. In Fällen, in denen Verdacht auf Peritonitis vorliegt, soll man den Katheter 8—10 Tage lang liegen lassen, ihn aber täglich wechseln und vor der Neueinführung jedesmal die Harnröhrenöffnung gut waschen, um Komplikation durch Wundinfektion zu vermeiden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

5) **R. Harrison.** The treatment of stone in the bladder complicated with hypertrophy of the prostate.

(Arch. internat. de chir. 1904. Vol. I. Fasc. 4.)

Die Prostata begünstigt in zweierlei Weise die Bildung und das Wachstum von Blasensteinen. Sie hindert, wenn sie hypertrophisch geworden ist, die Ausstoßung der Steine und bewirkt ferner dadurch, daß sie nicht eine vollständige Entleerung der Blase gestattet, die Bildung neuer Konkremente. Es ist deshalb zweckmäßig, bei Steinrezidiven, die aus diesem Grund entstehen, das Hindernis zugleich mit der Entfernung des Steines zu beseitigen. In fünf bemerkenswerten Fällen hat Verf. mit Erfolg dieses Verfahren angewandt. Er konnte so durch den hohen Blasenschnitt den im höheren Alter (55—80 Jahre) stehenden Pat. eine normale Blasenfunktion wiedergeben.

Die Arbeit ist durch einige interessante Abbildungen illustriert.

Engelmann (Dortmund).

---

6) **Legueu.** De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité.

(Revue française de méd. et de chir. 1904. Nr. 19.)

Die Pyelonephritis im Verlaufe einer Schwangerschaft entwickelt sich gewöhnlich in den letzten Monaten derselben; Kompression des Harnleiters durch die vergrößerte Gebärmutter, Stauung und sekundäre Infektion sind die Ursachen. Meist handelt es sich um Infektion mit Bakterium coli, seltener aufsteigend nach einer latenten Blasenerkrankung, häufiger hämatogen nach einer fieberhaften Erkrankung mit Darmstörungen. Die Pyelonephritis der Schwangeren ist oft lange Zeit latent, mit schleichendem Beginne, tritt in anderen Fällen akut auf. Treten die ersten deutlichen Erscheinungen erst nach der Geburt auf, so kann die Differentialdiagnose gegenüber einer puerperalen Infektion schwierig sein. Die latente Pyelonephritis ohne Fieber zeigt sich gewöhnlich in den letzten Schwangerschaftsmonaten, die akute, fieberhafte dagegen viel früher; nach der Entbindung lassen die Erscheinungen meist nach, jedoch ist die Heilung in der Mehrzahl der Fälle nur eine scheinbare, und es treten später, event. bei erneuter Schwangerschaft, wieder Rückfälle auf. Trotzdem ist die Erkrankung für die Mutter wenig gefährlich (unter 70 Fällen ein Todesfall). Während der Schwangerschaft kommt außer der internen Behandlung eine geeignete Lagerung der Frau,

um den zusammengepreßten Harnleiter zu entlasten, in Frage, bei gesunder Blase auch deren systematische Anfüllung und Ausdehnung (Pasteau), um reflektorisch Zusammenziehungen des Nierenbeckens und Harnleiters anzuregen. Die Nephrostomie wurde in acht, die Nephrektomie in drei Fällen ausgeführt. In Fällen mit schwerer Infektion und andauerndem Fieber zieht Verf. die künstliche Frühgeburt bei doppelseitiger Erkrankung der beiderseitigen Nephrostomie vor; ist dagegen die Pyelonephritis einseitig, so ist in den ersten 6—7 Monaten der Schwangerschaft die Nephrostomie am Platze, dagegen beim lebensfähigen und lebenden Kinde auch hier die künstliche Frühgeburt.

Mohr (Bielefeld).

---

7) **Thelemann.** Über die Entkapselung der Niere.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 15.)

Bei seinen Experimenten an Hunden fand T., daß sich in relativ kurzer Zeit von den bei der Operation zurückgebliebenen Resten der alten Kapsel und den in das Nierenparenchym einstrahlenden Septen um die Fettkapsel eine neue Kapsel bildet. Auf gesundes Nierenparenchym übt die Entkapselung einen nennenswerten schädigenden Einfluß nicht aus. Da sich die Wiederherstellung der Kapsel beim Hund innerhalb von 14 Tagen vollzieht, so ist es fraglich, ob bei dem Menschen eine Dauerheilung erzielt werden kann.

Borchard (Posen).

---

8) **A. Bocchi.** Per la diagnosi del rene mobile.

(Gazz. degli osped. e delle chin. 1904. Nr. 46.)

Verf. macht auf einige wichtige, wenn auch nicht pathognostische Symptome bei Wanderniere aufmerksam. Hierhin gehört ein morgens auftretender Speichelfluß, ferner ein Schmerz im Brustkorb, der auch in den Arm und zuweilen selbst in das Bein der betreffenden Seite, auf der die Niere beweglich ist, ausstrahlt. Damit ist eine Verringerung der Muskelkraft der betreffenden Seite verbunden.

Zur Tastung der beweglichen Niere übt B. folgendes Verfahren aus: der Kranke macht mehrere tiefe Inspirationen, damit die Niere möglichst tief heruntersteigt. Dann legt B. die Hand in derselben Weise auf, wie es beim Glénard'schen Verfahren geschieht, übt den Druck mit den Fingern indes nicht während der Inspiration, sondern während der tiefsten Exspiration aus und dringt gleichzeitig von oben nach unten in die Tiefe des Abdomens vor. Wenn das in verschiedener Höhe geschieht, so kommt man an einen Punkt, an dem man den Pol der Niere unter dem Finger verschwinden fühlt.

Dreyer (Köln).

---

9) Bevan. Ein weiterer Beitrag zur chirurgischen Behandlung des nicht herabgestiegenen Hodens.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 4.)

Verf. ist der Ansicht, daß man in den meisten Fällen von zurückgehaltenem Hoden Indikationen zur Operation hat. Außer den Gefahren für den Hoden kommt namentlich auch die psychische Depression des Trägers in Betracht. B. ist davon zurückgekommen, bis zur Pubertätszeit mit einem chirurgischen Eingriffe zu warten, da das Herabsteigen bis dahin doch nur bei einem kleinen Teile der Pat. eintritt, und weil es vorteilhafter ist, wenn der Hoden zu dieser Zeit schon im Hodensacke sitzt. Die Operationsmethode des Verf. ist an der Hand von guten und übersichtlichen Abbildungen genau beschrieben. Man spaltet Haut und Fascie des Obliquus externus, dringt durch die Fascie des Cremaster auf den Bauchfellsack vor, in welchem der Hoden liegt, präpariert das Bauchfell quer ab und unterbindet den freigemachten Proc. vaginalis. Der Hoden wird mit dem Peritonealsack umschlossen, mit dem er noch in Verbindung steht, und so wird eine Tunica vaginalis geschaffen. Jetzt wird er aus seinem Lager herausgehoben und es wird sanft an dem freipräparierten Samenstrange gezogen, um ihn so lang als möglich zu dehnen. Bindegewebszüge, welche sich bei diesem Akt anspannen, werden mit der Pinzette zerzupft, so daß nur Vas deferens und Gefäße übrig bleiben. Nachdem man den Hoden in eine stumpf präparierte Höhle im Hodensacke gebracht hat, wird sein Zurückgleiten durch eine an seiner Wurzel angelegte Tabaksbeutelnaht gehindert. Zum Schlusse werden die durchschnittenen Bauchdecken vernäht. Für Fälle, in welchen der Hoden tastbar ist, genügt die Methode, sie reicht aber nicht aus, wenn er tief in der Bauchhöhle gelagert ist. In solchen Fällen liegt das Hindernis an der Spannung der Gefäße, nicht an der des Vas deferens. Bei solcher Lage der Dinge hat B. die Vasa spermatica an zwei Stellen unterbunden und durchtrennt, ohne Ernährungsstörungen des Hodens zu erleben. Die Erklärung dafür gibt der Umstand, daß der Hoden von zwei Arterien ernährt wird, von der aus der Aorta entspringenden Spermatica und von der Arterie des Vas deferens, die von der Vesicalis media oder inferior entspringt. Diese anastomosieren miteinander und sind keine Endarterien, so daß man die eine opfern kann, ohne die Lebensfähigkeit des Hodens zu beeinträchtigen. Bei Durchtrennung der spermatischen Gefäße machte aber das Herabholen des Hodens keine Schwierigkeiten mehr. B. empfiehlt sein Verfahren sehr zur Nachprüfung.

Siegel (Frankfurt a. M.).

---

10) W. Bogoljubow. Zur Frage der Anastomosenbildung an den Samenwegen.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904.)

B. hat seine Versuche (vgl. dies Zentralbl. 1903 Nr. 15) fortgesetzt und dieselben günstigen Resultate erzielt. Er hofft, daß die

Methoden, insbesondere die »Epididymo-vasostomia«, d. h. die Einpflanzung des Vas deferens in den Rest der zum Teil resezierten Epididymis, in Aufnahme kommen werden, besonders in Fällen, wo infolge Erkrankung des Nebenbodens Azoospermie eingetreten ist.

V. E. Mertens (Breslau).

---

11) **Th. S. Cullen.** Adenomyome des Uterus.

Berlin, **August Hirschwald** 1903. Mit 45 Abbildungen im Texte.
(Beitrag zur Festschrift für Orth.)

C. machte seine Studien an 19 Fällen von Adenomyomen, die unter 700 Fällen von Uterusmyomen überhaupt gefunden wurden.

In der Mehrzahl der Fälle war der Prozeß auf den Uterus beschränkt, und Verf. konnte mehrfach das Eindringen der Uterindrüsen in den myomatösen Muskel feststellen, so daß er für die meisten Fälle der Uterusmyome ihren Ursprung aus der Uterusschleimhaut annimmt und nicht aus dem Wolff'schen Körper. Alle Adenomyome des Uterus, bei denen die Drüsenelemente denen der Uterusschleimhaut gleichen und von einem Stroma umgeben sind, wie es für das die normalen Uterusdrüsen umgebende Stroma charakteristisch ist, verdanken den Ursprung ihrer Drüsenelemente der Uterusschleimhaut oder dem Müller'schen Gange, ganz gleich, ob sie interstitiell, subperitoneal oder intraligamentös, fest oder cystisch sind.

Neck (Chemnitz).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der chirurg. Abteilung der Ev. Diakonissenanstalt Stuttgart.)

Über plastische Wanderlappen.

Von

Prof. Dr. **Steinthal.**

Hautverluste, welche wir der einfachen Vernarbung nicht überlassen wollen, decken wir am einfachsten nach der Methode von Thiersch. Dieselbe ist ohne wesentliche Belästigung für den Pat. leicht und elegant durchzuführen und sie ist in ihren unmittelbaren Erfolgen insofern sehr sicher, als ein Nichtanheilen der Läppchen äußerst selten ist. Aber als reine Epithelbekleidung einer ehemaligen Wundfläche bleiben dieselben stärkeren Zug- und Druckkräften gegenüber stets empfindlich. Besser in dieser Beziehung sind Lappen, welche durch die ganze Dicke der Haut gehen, wie sie zuerst von Jacenko angewandt wurden, und für deren systematischen Gebrauch in unseren Tagen Krause so warm eingetreten ist. Aber ihre Größe ist begrenzt und die Sicherheit ihrer Anheilung steht weit hinter derjenigen der Thiersch'schen Läppchen zurück. Noch unsicherer ist der beabsichtigte Erfolg, wenn man nach dem Vorgange von Hirschberg ungestielte Hautlappen mit dem zugehörigen Unterhautzellgewebe überpflanzen will.

So bleibt uns für den Ersatz von größeren Hautverlusten mit einer allen Anforderungen genügenden Haut nur die Methode der gestielten Hautlappen entweder aus der Nachbarschaft oder aus entfernteren Körperteilen (Maas, Wagner, Bramann u. a.).

Bei der Entnahme des Ersatzlappens von einer entfernteren Stelle kann es manchmal unmöglich sein, denselben sogleich an seinen neuen Bestimmungsort zu

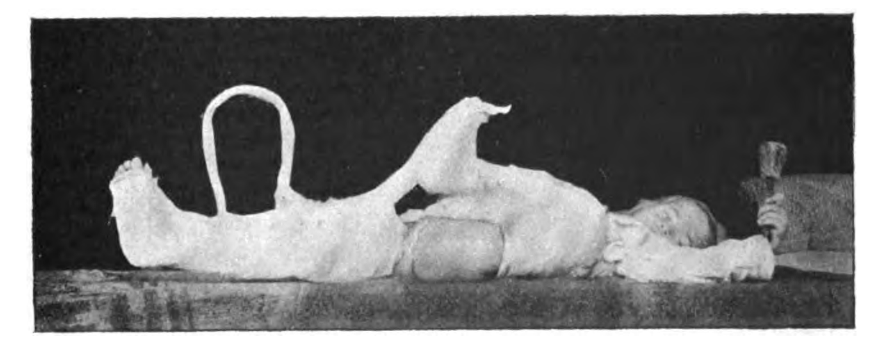
bringen, weil Entnahmestelle und Verpflanzungsstelle sich nicht entsprechend zueinander lagern lassen. Ich habe diese Schwierigkeit zum erstenmal kennen gelernt, als ich vor einigen Jahren gezwungen war, eine Rhinoplastik aus der Brusthaut zu machen. Es wurde in jenem Falle der Brustlappen zunächst am unteren Ende des Vorderarmes eingeheilt, in einem zweiten Akte wurde der Bruststiel durchtrennt und in einem dritten Akte der Brustlappen an die Nasenwurzel überführt. In der Mitteilung dieses Falles (Bruns, Beiträge zur Chirurgie Bd. XXIX p. 485 ff.) glaubte ich darauf hinweisen zu dürfen, daß mit solchen Wanderlappen für gewisse plastische Operationen ein brauchbares Prinzip gegeben sei.

Im folgenden Falle hat es sich mir wenigstens sehr bewährt.

Am 20. September 1900 fand ein 5jähriges Mädchen Aufnahme, das vor 6 Wochen durch Überfahren eine schwere Quetschung des rechten Beines erlitten hatte und nun nach Abstoßen der brandigen Partien einen großen granulierenden Defekt zeigte, der die ganze Kniekehle betraf, sich bis zur Grenze des oberen und mittleren Drittels des Unterschenkels hinab erstreckte und weit um die Peripherie des Unterschenkels herumgriff. Das Kniegelenk stand in leichter Flexionsstellung, welche zunächst in Chloroformnarkose ausgeglichen wurde; dabei rissen die Granulationen in der Kniekehle ein und kamen unter ihnen die Sehnen des M. semitendinosus und M. biceps femoris zum Vorschein.

Eine Deckung dieses großen Defektes mit einfachen Thiersch'schen Läppchen schien durchaus untunlich. Wollte man einer neuen Kontraktur vorbeugen und eine für diese Gegend so notwendige widerstandsfähige Hautbedeckung erhalten, so konnte dies nur mittels eines großen gestielten Lappens erreicht werden, der außer Cutis auch Unterhautzellgewebe zu enthalten hatte. Der nächstliegende Gedanke war, den erforderlichen Ersatz vom anderen Beine zu nehmen. Ich habe so schon einmal den größeren Teil der durch Röntgenbestrahlung verloren gegangen Haut der Fußsohle vom anderen Bein her ersetzt; aber bei der Größe dieses Defektes wäre eine enorme, schwer zu heilende Wunde am linken Bein entstanden. Rätlicher erschien es, die Thoraxhaut zum Ersatz zu benutzen. Aber wie die Defektstelle an der hinteren Peripherie des rechten Beines in entsprechende Verbindung mit dem Thorax setzen? Jede durchprobierte Stellung versagte. So wurde beschlossen, den erforderlichen Lappen aus der linksseitigen Rumpfseite zunächst als Wanderlappen an das linke und von hier in einem zweiten Akt auf das rechte Bein zu bringen.

Fig. 1.



Am 6. Oktober 1901 wurde an der linken seitlichen Brust- und Bauchwand ein rechteckiger Lappen umschnitten, dessen 17 cm breite Basis schräg von hinten oben nach vorn unten verlief, die Höhe betrug 10 cm. Nach seiner Abpräparierung wurde die Wunde durch Nähte möglichst verkleinert, das linke Bein in Hüft- und Kniegelenk stark gebeugt, im Hüftgelenk außerdem etwas nach außen

rotiert dem Rumpf entsprechend genähert und nun das freie Ende des abpräparierten Lappens in einen leicht klaffenden Schnitt entlang der inneren Kante der linken Tibia eingenäht. Ein Gipsverband, wie Fig. 1 ihn zeigt, stellte das Bein gegen den Rumpf fest, ein zweiter gefensterter Gipsverband wirkte einer neuen Kontraktur am rechten Bein entgegen. Unter täglichem Verbandwechsel mit Borvaselin heilte der Lappen, ohne daß die forcierte linksseitige Beinstellung das Kind wesentlich störte, ein, so daß am 11. Tage schon die Trennung vorgenommen werden konnte. Dabei ließ sich die Wunde am Rumpfe noch ganz bedeutend verkleinern, so daß nur ein schmaler Wundstreifen übrig blieb, der sich in der Folge rasch vernarbte. Weniger rasch ging die Überpflanzung des vom linken Unterschenkel schürzenförmig herabhängenden Lappens auf das rechte Bein. Der erste Versuch schlug fehl. Die Kleine war mit infizierten Granulationen hereingekommen; so hielten die Nähte zwischen Lappen und Wundfläche des rechten Beines nicht. Erst als gesunde Granulationen sicher da waren, wurde am 2. Januar 1902 ein neuer Versuch unternommen; es erfolgte reaktionslose Einheilung; am 12. Tage wurde der Lappen vom linken Unterschenkel abgetrennt und nach weiteren 5 Tagen allseitig in seinen endgültigen Standort eingenäht. — Am 1. Februar 1902 wurde das Kind mit folgendem Status entlassen: Auf der linken Thoraxseite eine dreizipflige Narbe, deren horizontaler Schenkel von der Medianlinie etwas unterhalb des Schwertfortsatzes in nach oben konkavem Bogen schräg nach aufwärts gegen die Achselhöhle zieht und hier an der 4. Rippe endigt, Länge der Narbe 15 cm. Von dieser Narbe verläuft ein vertikaler Schenkel in einer Länge von 6 cm, entsprechend der Mammillarlinie nach abwärts. Die Narben sind im ganzen lineär, nur neigen sie entsprechend den Stichkanälen zu leichter keloider Entartung. An der Innenseite des linken Unterschenkels verläuft von der Gelenklinie des Kniegelenkes eine 16 cm lange lineäre Narbe nach abwärts. Rechtes Bein: Das Kniegelenk kann aktiv wie passiv sehr gut gebeugt und gestreckt werden, die Flexion erreicht einen Winkel von etwa 50°, die Extension von 170°. In der Kniekehle liegt ein 9 cm langer, 6 cm breiter, dicker Hautlappen, rings umgeben von einer breiteren Narbe, welche im oberen Drittel des Unterschenkels 2 cm breit ist, im mittleren Drittel nahezu zirkulär um den ganzen Unterschenkel herumgeht und von dem spontanen Benarbungsprozeß während der Transplantationsperiode herrührt.

Fig. 2.



Am 3. März 1904 habe ich die Kleine wiedergesehen. Die nebenstehende Photographie zeigt besser wie jede Beschreibung den solid eingeheilten transplantierten Wanderlappen, der mit dem Beine gewachsen ist und dessen beträchtliche Größe aus dem Vergleiche mit der haltenden Assistentenhand ersichtlich ist.

So ist es allerdings auf etwas umständliche Weise gelungen, ein von der Verkrüppelung bedrohtes Glied funktionsfähig zu erhalten, und es dürfte sich empfehlen, in ähnlichen Fällen, in denen große Hautverluste durch gestielte Lappen gedeckt werden müssen, in denen aber Entnahmestelle und Verpflanzungsstelle räumlich ungünstig zueinander liegen, sich der plastischen Wanderlappen zu bedienen.

---

12) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

139. Sitzung am 9. Mai 1904.

Vorsitzender: Herr F. Krause.

1) Herr Mühsam: Über Röntgendermatitis.

Bei einem Arzte, der seit 1897 mit Röntgenstrahlen gearbeitet hatte, entwickelte sich 1900 eine Dermatitis der Hände; nach einigen Monaten wurden die Nägel brüchig und im März 1901 trat eine Paronychie am linken Zeigefinger auf, derenthalben der Nagel entfernt wurde. Es blieb ein Geschwür zurück, das nicht heilte. Im September 1903 wegen anhaltender Schmerzen Amputation des Zeigefingers (Prof. Sonnenburg) im Mittelgliede; langsame Heilung (9 Wochen).

Mikroskopisch fand sich in dem Geschwür ein Nagelrest erhalten; im übrigen bestand Schwellung des kollagenen Gewebes, basophile Veränderungen (Unna), Endarteriitis obliterans ohne Vakuolenbildung (Demonstration).

M. erläutert die akuten und die chronischen Veränderungen, welche an der Haut nach Einwirkung der Röntgenstrahlen auftreten, besonders bei Ärzten und Technikern; er weist auf die ungünstige Prognose der entwickelten chronischen Veränderungen hin und auf die Machtlosigkeit der Therapie und betont, daß das Hauptgewicht auf die Prophylaxe zu legen ist, für die wir bereits ein reichhaltiges Instrumentarium zur Verfügung haben.

2) Herr Levy-Dohrn: Ein universeller Blenden- und Schutzapparat für das Röntgenverfahren.

Die Grundlage des Apparates bildet eine große Bleikiste mit einer kreisförmigen Öffnung auf der Seite, durch welche die Röntgenstrahlen der in der Kiste eingeschlossenen Röhre herausgeleitet werden; um diese Öffnung befindet sich eine Schiebevorrichtung, um Blenden aller Art, auch die Kompressionsblenden, anzubringen. Kleine Bleiglasfenster ermöglichen die Besichtigung des Rohres, während des Betriebes. Zur Kontrolle der Qualität der Strahlen ist ein verdeckbares Loch angelegt, über das ein Testobjekt geklemmt wird, und zwar so, daß es die seitlichen Strahlen treffen. Die Bleikiste kann trotz ihrer Schwere durch einen besonderen Mechanismus gedreht, seitlich und vertikal verschoben werden. Die Pat. können unter der Kiste auf einem mit Rollen versehenen Untersuchungstisch mühelos hin und her geschoben werden.

3) Herr F. Selberg: Über postoperative Psychosen.

S. spricht im Anschluß an acht im Augusta-Hospital beobachtete Fälle über postoperative Seelenstörungen, die in der deutschen Literatur nur vereinzelt erwähnt sind.

Nach Schilderung der psychischen Krankheitsbilder betont er, daß es sich um echte Psychosen handelte; in den Vordergrund treten dabei Verwirrtheit, Halluzinationen, Beeinträchtigungsideen, Depression und ängstlicher Affekt. Ätiologisch mißt S. der Prädisposition und der Erschöpfung, sowohl der somatischen wie der psychischen, eine entscheidende Rolle zu. Chirurgisch ist die Prognose durch Zwischenfälle, wie Bettflucht usw., getrübt, die Behandlung durch die interkurrente Psychose sehr erschwert; die Psychosen selbst geben, je nach ihrem Charakter, eine verschiedene Prognose. Die Hauptgefahr ist die des Suicidium, wofür S. ein charakteristisches Beispiel erwähnt. Zum Schluß weist er auf die forensische Wichtigkeit hin, die solche Fälle erlangen, wenn Pat. mit querulatorischer Neigung sich durch den Operateur beeinträchtigt glauben.

4) Herr Selberg: Zur Entstehung der Fettgewebsnekrose.

Daß die pankreatischen Fettgewebsnekrosen ihre wesentlichste Ursache in der Berührung des Fettes mit Pankreassaft haben, wie schon Hildebrand, Körte u. a. ausgesprochen haben, fand S. bestätigt durch einen Befund, der bei einem 28 Stunden nach einer Gastroduodenostomia lat. verstorbenen Kranken erhoben wurde. Es war während der Operation, die bei dem sehr fetten Kranken technische Schwierigkeiten hatte, etwas Duodenalinhalt auf die abtamponierte Umgebung und das Netz geflossen. Bei der Sektion fanden sich nun entsprechend dieser durch Tamponade von der übrigen Bauchhöhle isolierten Gegend kleine Herde von Fettgewebsnekrose; das Pankreas bot keine Abweichung, die Wunde und das Peritoneum waren von guter Beschaffenheit; der Tod war infolge von Herzschwäche eingetreten. Da eine Verletzung des Pankreas bestimmt nicht erfolgt war, andererseits die Pars desc. duodeni frisches Pankreassekret enthält, so ist eine Erklärung nur in dem obengenannten Sinne möglich.

5) Herr R. F. Müller: Über die schnellende Hand.

Bei einem 10jährigen Knaben hatte sich ein gestieltes, bohnengroßes Fibrom der oberflächlichen Beugesehne des linken 4. Fingers entwickelt, welches bei gestreckter Stellung der Finger unter dem Lig. carpi transversum lag und nicht palpabel war. Die Beugung der Finger und Hand war nur mit besonderer Anstrengung ausführbar und erfolgte mit einem schnappenden Geräusche. Nun war der Tumor proximal vom Lig. carpi transversum zwischen den Sehnen des M. palmaris longus und flexor carpi ulnaris fühlbar. Aktiv konnte der Knabe die Hand nicht öffnen; passiven Streckversuchen setzten die gebeugten Finger einen federnden Widerstand entgegen, dessen Überwindung erleichtert wurde, wenn man den hemmenden Tumor distalwärts unter das Querband drückte, unter dem er dann bei gleichzeitigem Aufschnappen der Hand der Palpation entschwand.

Nach Analogie des »schnellenden Fingers« hat M. das seltene Leiden als »schnellende Hand« bezeichnet.

Die Exstirpation des Gebildes führte zu völliger Heilung mit normaler Funktion.

6) Herr R. F. Müller: Über Duralsarkome.

Kurz hintereinander sind im Augusta-Hospital zwei Fälle von Duralsarkom der Occipitalgegend zur Operation gekommen, die einander außerordentlich ähnlich waren. In beiden Fällen handelte es sich um junge Männer in den zwanziger Jahren, bei denen der Tumor dicht am Torcular Herophili den Schädel durchbrochen hatte. Bei beiden Pat. war die Neubildung von anderer Seite als Atherom aufgefaßt und ein vergeblicher Exstirpationsversuch gemacht worden. Die Operation wurde jedesmal zweizeitig ausgeführt; zunächst Entfernung eines genügend großen Knochenstückes zur Freilegung des Tumors. Blutung und Kollaps der Kranken zwangen zur Unterbrechung des Eingriffes. In einer zweiten Sitzung wurde 5 Tage später die Exstirpation des Tumors zu Ende geführt.

Im ersten Falle gelang die Operation, bei welcher der rechte Sinus transversus doppelt unterbunden und auf eine Länge von etwa 5 cm nebst dem Tumor und einem Stück des Tentorium reseziert werden mußte. Der große Defekt wurde später knöchern gedeckt und zur Heilung gebracht.

Bei dem zweiten Pat. ergab sich zu einer Zeit, als eine Unterbrechung der Operation nicht mehr möglich war, die Notwendigkeit, auch den Sinus transversus der anderen Seite zu unterbinden. Der Kranke starb 4 Tage nach dem Eingriff unter zunehmender Benommenheit, nachdem schon wenige Stunden nach der Operation ein zentrales Skotom aufgetreten war.

An der Hand eines Schemas bespricht Vortr. die Blutzirkulation in den klappenlosen Sinus der Dura mater, welche eine Ableitung des Blutes aus der Vena magna Galeni durch Kollateralbahnen ermöglichen; doch ist deren Querschnitt nicht ausreichend, um die Leistung der doppelseitig unterbundenen Sinus transversi zu übernehmen, so daß verderbliche Folgen unausbleiblich waren.

Während im zweiten Falle das bald nach der Operation nachweisbare zentrale Skotom schnell zur doppelseitigen Amaurose führte, bildete sich im ersten Fall

allmählich eine Sehstörung im Sinne einer homonymen Hemianopsie aus, welche anatomisch durch traumatische Erweichung des rechten Occipitalpoles zu erklären ist.

7) Herr F. Krause: Zur Technik der Freilegung des Rückenmarkes.

So große Fortschritte auch die Lokaldiagnose der Rückenmarkstumoren gemacht hat, so läßt sich doch die Segmentdiagnose nicht immer so präzis gestalten, daß der Operateur den Krankheitsherd durch Wegnahme von ein oder zwei Wirbelbögen ohne weiteres frei legen könnte. Zuweilen müssen vier, ja sechs Wirbelbögen reseziert werden. Daß man sie nicht temporär resezieren soll, ist durch die Besprechung in unserer Vereinigung vom Juni 1903 bereits festgelegt worden. Es kommt nun sehr viel darauf an, die Operation in diesem Teile schnell, sicher und schonend auszuführen, um auch dadurch die Gefahren herabzumindern, welche den Eingriffen am Rückenmark anhaften; abgesehen von den Infektionen, welche wir durch peinlichste Asepsis vermeiden müssen, kommen hier plötzliche Todesfälle vor, für welche wir keine andere Erklärung haben als den Chok der Operation. K. hat unter 12 Operationen zwei Todesfälle im Kollaps gehabt. K. erreicht nach Anlegung zweier Doyen'scher Fraiselöcher die Freilegung des Rückenmarkes sehr schnell und schonend durch ein Instrument, das nach dem Prinzip der in die Schädeltrepanation eingeführten Dahlgreen'schen schneidenden Knochenzange gebaut ist. Da das Instrument in großer Tiefe arbeiten muß, sind die Arme des Winkelhebels, welche den Knochen durchschneiden, entsprechend verlängert und abgebogen. Das Instrument wird nach den Angaben K.'s von Windler hergestellt. Um die Blutung aus den Weichteilschnitten braucht man nicht besorgt zu sein. Nach Ausführung des Längsschnittes wird die möglichst rasch auf einer Seite der Processus spinosi gebildete tiefe Muskelwunde fest mit steriler Gazebinde tamponiert und dann die andere Seite in Angriff genommen, die ebenfalls zunächst tamponiert wird. Nach Entfernung der Tamponade ist die Zahl der Gefäße, welche ligiert werden müssen, eine sehr geringe; meist sind Unterbindungen überhaupt nicht nötig. Verletzungen der Dura sind beim Gebrauche des neuen »Laminektoms« nicht vorgekommen. K. hat vom Epistropheus an bis herab zum Kreuzbein operiert und empfiehlt das Instrument auch den Anatomen für die Eröffnung des Wirbelkanales anstelle des bisher gebräuchlichen Rachitoms.

8) Herr F. Krause: Unterkieferplastik.

Da die nach Unterkieferresektionen angelegten zahnärztlichen Prothesen nicht immer einen Ersatz bieten, welcher reizlos ist und ein gutes Kauen ermöglicht, hat K. danach gestrebt, den Defekt plastisch alsbald nach ausgeführter Operation — 4—17 Tage nachher — auszufüllen, und zwar durch Ersatz aus den benachbarten Teilen der intakt gebliebenen Unterkieferhälfte. Er bildet zu diesem Behuf einen Haut-Muskel-Periost-Knochenlappen, dessen periostal-knöchernes Ende — eine 5—7 cm lange, mehr als zentimeterhohe rechtwinklige Knochenspange — dem unteren Rande des Unterkiefers mitsamt den bedeckenden Weichteilen entnommen, und dessen breite Basis aus allen Weichteilen des Halses gebildet und von einem auf der gesunden Seite liegenden, längs verlaufenden Schnitt her abgelöst wird. Dieser Lappen wird in den Defekt hineingeschoben, der Knochen dort durch zwei Silberdrahtnähte an den flottierenden Enden des Unterkiefers fixiert und die Weichteile vernäht. Der Defekt am Halse wird durch Nähte verkleinert, die so angelegt sind, daß sie den Lappen nirgends beteiligen. K. hat diese Plastik fünfmal ausgeführt und bei seinen drei letzten Operationen ausgezeichnete Erfolge erzielt. Seine Versuche, operative Unterkieferdefekte (5—8 cm) auf diese Weise zu decken, liegen 11 Jahre zurück und waren bei den ersten beiden Malen durch Nekrose eines Viertels bis Drittels der eingesetzten Knochenstücke gestört. Bei der jetzt angewandten Technik braucht man partielle Nekrose des knöchernen Anteiles des Lappens nicht zu befürchten. Die Kaufähigkeit und Mundöffnung waren gut.

9) Herr F. Krause: Plastiken im Uretergebiete.

K. bespricht hier die Operationen, welche er bei zwei Fällen ausgeführt hat, von denen der erste eine auf kongenitaler Basis entstandene Hydronephrose, der

andere eine auf kongenitaler Verlagerung des unteren Ureterendes basierende Ureter-Vulvafistel darstellte.

Im ersten Falle formte er bei der 22jährigen Kranken aus dem Hydronephrosensacke durch Exzision der ausgesackten, kindskopfgroßen Teile an zwei Stellen, oben und unten vom Ureter, und unmittelbare Naht einen direkt in den Ureter sich fortsetzenden und nach unten spitz zulaufenden Nierenbeckentrichter. Er erzielte einen ausgezeichneten Dauererfolg. Vorstellung der seit 2 Jahren geheilten Pat.

Im zweiten Falle, bei einer 19jährigen, erzielte er, nachdem die Herstellung einer mehr als zentimeterlangen Ureter-Blasenfistel durch Trennung der dünnsten Stelle zwischen Ureter und Blase von der Blase her nach Dilatation der Urethra nur von temporärem Erfolge gewesen war, dauernde Heilung durch Exzision des verirrten paraurethralen Ureterabschnittes und extraperitoneale Implantation des nunmehrigen Ureterstumpfes in die Blase nach Freilegung derselben von einem vaginalen Schnitt (ähnlich dem Schuchardt'schen), wobei der Ureter nach Witzel's Methode der Schrägfistelbildung in die Blasenwand versenkt wurde. Die Operierte hat sich 2 Jahre nach der Plastik verheiratet.

10) Herr Bail: Ein Fall von seltener Hirngeschwulst — Angiom der Piavenen.

B. stellt einen 10jährigen Knaben vor, der im September 1903 wegen Verdachtes auf Tumor cerebri operiert wurde. Der junge Pat. war im Dezember 1902 auf den Hinterkopf gefallen, ohne daß Zeichen von einer Gehirnerschütterung aufgetreten wären; 2 Wochen später traten halbseitige rechtsseitige Krämpfe auf, und bei der Aufnahme zeigte der Knabe die Symptome der Stauungspapille. Bei der Operation (Prof. Krause) fanden sich im Bereiche der linken vorderen Zentralfurche die Piavenen über einer prominierenden, ca. 4 cm im Durchmesser betragenden Hirnpartie stark geschlängelt, prall gefüllt und konfluierend. Diese verdickten Piavenen wurden peripher unterbunden und durchschnitten; bei der Punktion und beim Einschneiden des prolabierenden Hirnteiles bis auf das Hirnmark wurde ein Tumor nicht gefunden. Nach der Operation blieben die Krämpfe aus, die Stauungspapille verschwand, zurück blieb nur die schon vor der Operation bestehende Schwäche und teilweise Bewegungsstörung der rechten oberen und unteren Extremität. Die Intelligenz des Knaben hatte durch die Operation nicht gelitten.

Der Fall wurde dem Befund und Verlaufe nach als beginnendes Angiom der Piavenen gedeutet. **Richard Wolff** (Berlin).

---

13) Congrès français de chirurgie.

(Seizième session, tenue à Paris du 19. au 24. Oct. 1903.)

(Revue de chir. XXIII. ann. Nr. 11.)

Die Darmausschaltung.

H. Hartmann (Paris), Referent, beschränkt sich auf die Technik. Einschnitt in der Mittellinie, in genügender Entfernung vom kranken Herd, Abquetschung der Schlingen, Catgutligatur, Durchtrennung, Einstülpung, laterale Anastomose. Das aborale Ende der ausgeschalteten Schlinge wird am besten zu besonderer Öffnung herausgeleitet. Mehr als 2 m Dünndarm sollen nicht ausgeschaltet, die entstehende Gekröswunde exakt vereinigt werden.

Die Mortalität der Darmausschaltung beläuft sich auf 13,8 bis 15,38%.

Die Indikationen sind bekannt. Die Ausschaltung ist nur da am Platze, wo Resektion, lateraler Verschluß oder Anastomose nicht möglich oder unzureichend sind.

Diskussion. E. Doyen (Paris) ist grundsätzlicher Gegner der Darmausschaltung; die Enteroanastomose genüge vollständig zur Ableitung des Darminhaltes von der erkrankten Stelle. Ebenso entschieden spricht er sich gegen die mediane Laparotomie in solchen Fällen aus; er umschneide die Fistel und klemme sie ab; dann sei die Gefahr der Infektion des Peritoneums beseitigt.

Monprofit (Angers) hat bei vier von seinen elf Darmausschaltungen das aborale Ende der außer Kurs gesetzten Schlinge zur Vermeidung der kutanen Fistel in das Colon sigmoid. eingenäht — mit bestem Erfolge. Wo nach Resektion großer Darmgeschwülste die Gefahr besteht, daß wieder Darmverschluß durch Rezidiv eintreten könnte, empfiehlt er die Kombination mit Exklusion.

Roux (Lausanne) verfügt über nicht weniger als 48 Darmausschaltungen — mit 6 Todesfällen. 19 wurden wegen Karzinom, 11 wegen Appendicitis mit Fisteln oder großen Exsudaten, 11 wegen Tuberkulose, die übrigen wegen verschiedenartiger Indikationen — chronische Verstopfung, Vesicovaginalfistel, akuter Verschluß — meist unilateral ausgeführt.

Tédenat (Montpellier) hält bei Einpflanzung des Ileum in die Flexur ein Zurücktreten des Darminhaltes für nahezu ausgeschlossen. Er berichtet ferner von einem Falle doppelter Kolonfistel (Öffnung in der Regio pubica und der Vagina) mit Heilung nach Exklusion.

Girard (Bern) hält die Enteroanastomose für ausreichend, wenn die rückläufige Bewegung des Inhaltes durch eine enge Stenose aufgehalten wird. Doch hindert die einseitige Ausschaltung den Rückfluß des Darminhaltes auch im Kolon nicht; sie ist also bilateral auszuführen, besonders bei Anus praeternaturalis. In einem Falle von vorläufiger Ausschaltung wegen Tuberkulose hat G. nach Besserung der lokalen Erkrankung die Radikalexstirpation ausführen können.

Berger (Paris) empfiehlt bei schwer desinfizierbaren Fisteln der Bauchhaut deren Übernähung mittels sterilen wasserdichten Stoffes.

Mauclaire (Paris) erinnert an die kongenitalen Ausschaltungen mit Endigung des Dünndarmes am Nabel oder in der Leiste, sowie die Ausschaltung des Mastdarmes behufs Einpflanzung der Harnleiter bei Blasenatrophie (Ektopie?).

Maire (Vichy) benutzt bei der End-zu-Endvereinigung des Darmes sterile Ringe von »Caneloni«, dicke Makaroni, welche sich im Darm in etwa 40 Minuten auflösen.

Morestin (Paris) findet, man lege zu wenig Gewicht auf die Exklusion als Vorbereitung für die nachfolgende Exstirpation einer vorläufig inoperablen Geschwulst.

Depage (Brüssel) hebt die oft große Schwierigkeit hervor, mit der sich — besonders bei Tuberkulose — zu- und abführende Schlinge erkennen lassen. Bei Erkrankungen des Dickdarmes möge man mediane Einschnitte machen; bei Fisteln wird man jedoch stets erst durch Umschneidung derselben und Bloßlegung bezw. Befreiung der kranken Schlinge deren einfache Verschließung anstreben. Bei Tuberkulose des Dünndarmes mit Fisteln ist es überhaupt verwegen, im voraus den Operationsplan genau vorzeichnen zu wollen; man öffne die Bauchhöhle nahe den Fisteln und richte sich im weiteren Verlaufe je nach dem Befunde.

v. Eiselsberg (Wien) läßt durch H. Haberer eine Statistik über 48 seitliche Anastomosen, 8 einseitige, 14 totale Ausschaltungen zum Vortrag bringen. Im ganzen hat er an diesen Eingriffen 17 (13+1+3) Operierte verloren. Wo das Befinden des Kranken eine länger dauernde Operation nicht gestattet, beschränke man sich auf die Anastomose. Andernfalls ist bei entsprechender Indikation die totale Ausschaltung die beste Methode. Von seinen 14 Operierten sind 7 völlig geheilt.

Chirurgie der Hirngeschwülste.

Duret (Lille), Referent, beschränkt sich im wesentlichen auf die Statistik der Resultate, die bisher bei der Operation von Hirngeschwülsten erreicht wurden, und widmet der Technik eine kurze Besprechung.

Je besser die topographische Diagnose — bei der gelegentlich auch die Durchleuchtung wertvoll sein kann —, je schneller man auf die Geschwulst gelangt, je früher die Diagnose gestellt werden konnte —, desto günstiger sind die Ergebnisse der Operation.

D. konnte 344 Fälle vereinigen mit einer Gesamtsterblichkeit von 18% (gegen 25% v. Bergmann's 1899). Leider ist nicht gesagt, ob jedesmal die Entfernung

der Geschwulst vorgenommen wurde. Eine wesentliche Besserung erzielte man für 64%; 60% erhielten das Sehvermögen völlig wieder, 18% teilweise. Von etwa 102 Operierten hat man sichere Nachricht über wesentliche Verlängerung der Lebensdauer, einige scheinen völlig geheilt zu sein.

Die Kraniotomie mit Umschneidung eines großen Lappens ist bei unserem verbesserten Instrumentarium eine relativ schnell ausführbare Operation; die Kraniektomie hat den Nachteil, unbedeckte Hirnpartien zu erzeugen.

214mal wurde wegen Geschwülsten der motorischen Region, 44mal bei frontalem, 34mal bei parietalem, sphenoidalem und okzipitalem Sitz der Geschwulst operiert; 52mal bestanden Kleinhirngeschwülste.

Depage (Brüssel) hält die Operation der Kleinhirngeschwülste für besonders schwer. Er hat eine solche von 280 g — leider ohne Erfolg — entfernt.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Vulpius (Heidelberg). Der Heidelberger Apparat, demonstriert von Klar: Aluminiumschiene mit abnehmbaren Spangen.

Reboul (Nîmes). Verwendung der Silberfolie in der Chirurgie.

Sie ist leicht zu sterilisieren, legt sich gut an und eignet sich ebensowohl zum Schutze frischer Wunden wie zur Behandlung eiternder Flächen — seien es Unterschenkelgeschwüre oder zerfallende Neubildungen. Es verhütet Erytheme und heilt Ekzeme und kann fast einen Monat lang liegen bleiben. Die Verwendung ist einfach und hat bei fünf oberflächlichen Gesichtsepitheliomen gute Übernarbung herbeigeführt.

Thiéry (Paris). Abortivbehandlung der Furunkel durch Injektionen von Sauerstoffgas.

Einfacher Apparat, bestehend aus kleinem (30 Liter haltigem) Stahlrezipienten, Gummischlauch und Hohlnadel. Die Einspritzungen werden an den Rändern und in der Mitte der Furunkel vorgenommen. Die Heilung erfolgt in 3—4 Tagen.

Doyen hat noch bessere Erfolge mit seinem Staphylokokkenheilserum erzielt. Injiziert man noch vor der Eiterbildung, verschwinden Staphylokokkeninfiltrate in wenigen Tagen; die reifenden erweichen schnell, die Pfropfen verflüssigen sich, werden bald abgestoßen. In zwei Fällen von Sinusphlebitis hat D. mit seinem Serum Heilung erzielt. Er preist auch seinen prophylaktischen Wert bei infizierten Verletzungen.

Savariand et Deguy (Paris). Zwei neue Fälle von Botryomykose. Nur vom zweiten Falle liegt ein bakteriologisches Untersuchungsergebnis vor, welches keine spezifischen Mikroben, sondern Eiterkokken erkennen ließ. Nach ihnen ist die Bildung gestielter Granulome beim Menschen kein einheitlicher Geschwulsttypus.

Diskussion. Dor (Lyon). Der Botryomyces ist völlig verschieden vom Staph. pyog. aur.; wer den Pferde- und Mauleselbotryomyces nicht kenne, sei auch nicht imstande, die menschliche Botryomykose festzustellen.

Thiéry (Paris) hält das von Savariand beschriebene Granulom für ein Molluskum.

Cazin (Paris) hat in zwei von ihm beobachteten Fällen auch nur die gewöhnlichen Eiterkokken gefunden; demnach komme neben der menschlichen Botryomykose etwas klinisch völlig gleichartiger beim Menschen vor, was nicht als solche anzusprechen ist, so daß die Identifizierung derselben unter einem Namen — Botryomycose humaine — nicht angängig ist.

Savariand schließt sich dem an.

Poncet (Lyon) bleibt bei seiner Anschauung, daß die Botryomykose ein klinisch gut präzisiertes Krankheitsbild sei.

Morestin (Paris). Die auf Lupus entstandenen Krebse.

Von sieben Fällen seiner Praxis hat er fünf operiert; drei davon sind — trotz z. T. großer Epitheliome — seit längerer Zeit (nicht vor 1901) geheilt; zwei andere noch nicht lange genug beobachtet. Die Resultate sind gut, weil die Neubildungen oberflächlich bleiben und kaum die Drüsen ergreifen.

Diskussion. Doyen hat in einer Drüse, die von einer kleinen Mandelulzeration aus infiltriert war, den Mikrokokkus neoformans gefunden.

Delangre (Tournai). Betrachtungen über Paraffinprothesen.

Durch anatomische Präparate glaubt D. beweisen zu können, daß Paraffin von 50 bis 55° Schmelzpunkt das sicherste und gefahrloseste sei und die besten Dauererfolge gebe. Zur Vermeidung entstellender Prothesen empfiehlt D. 1) kleine Mengen in mehreren Sitzungen zu injizieren, 2) die Modellierung der Grenzen einem Assistenten anzuvertrauen, 3) einen Stützapparat aus Vulkanit anzulegen. Störende Paraffinknollen solle man durch Elektrolyse oder direkte Exzision beseitigen. Zur Ausfüllung von Hohlräumen hat D. sich nach vorherigen Versuchen an Meerschweinchen einer Mischung von 1 Jodoform zu 3 Paraffin mit Erfolg bedient.

van Stockum (Rotterdam). Eine spezielle Behandlungsmethode von Unfallverletzungen, besonders offenen Brüchen.

Die Wunde wird mit sterilisiertem Perubalsam ausgefüllt, wobei man Sorge trägt, daß er in alle Winkel derselben gelange, dann verbunden. Von 90 so behandelten Frakturen eiterten nur drei, und nur bei einer erwies die Amputation sich nötig wegen Gasphlegmone.

Poncet (Lyon). Ankylosierender tuberkulöser Rheumatismus.

Unter den ankylosierenden rheumatischen Gelenkentzündungen stehen die tuberkulösen obenan; sie sind analoge Prozesse, wie die sklerosierende chronische Lungentuberkulose, die adhäsive Pleuritis u. ä.

Coudray (Paris). Akute und chronische tuberkulöse Polyarthritiden.

Eine Anzahl sehr heftiger Polyarthritisfälle, von denen einer sogar hoch fieberte, glaubt C. deshalb als tuberkulöse ansprechen zu sollen, weil ihrer drei in Tumor albus übergingen. Die Poncet'sche Bezeichnung Rheumatismus tuberc. hält er für unzweckmäßig, weil P. doch gerade die tuberkulösen Polyarthritiden von den rheumatischen trennen will.

Calot (Berck sur mer). Über Tumor albus.

Die Resektion ist zu verwerfen, ebenso langdauernde Immobilisierung. C. macht Injektionen mit Pankreatin, Naphtholkampfer usw. alle 3—4 Tage und legt für etwa einen Monat festen Verband an. Diese Zeit genügt zur Ausheilung der Herde; aber die Bewegungsmöglichkeit bleibt erhalten. Nach etwa 6—8 Wochen läßt C. mit Bewegung beginnen.

Er zieht die ambulante Behandlung der im Spitale vor, weil hier die Zeit nicht ausreicht zu einer intensiven Beschäftigung mit solchen Kranken; und selbst dieser wird nicht immer der ideale Erfolg gelingen.

Zur Erhaltung der Beweglichkeit eignen sich nur ganz frische Erkrankungen, jedenfalls nicht mehr solche, wo bereits falsche Stellungen eingetreten sind. Die besten Aussichten für Heilung mit Beweglichkeit bieten Ellbogen und Fußgelenk.

Meucière (Reims). Erzielung chirurgischer Gelenkankylose durch aseptische Eiterung — Phénoarthrodèse.

Die einfache aseptische Arthrodese reicht oft nicht aus zur Herstellung einer Ankylose; wie diese natürlich durch Entzündung entstehe, müsse auch die Operation sich eine — freilich aseptische — zu nutze machen; dies erreicht man durch Ätzen der Wundflächen nach Abtragung des Knorpels. M. zieht allen Caustika die reine Karbolsäure mit nachfolgender Alkoholwaschung (von Phelps zuerst empfohlen! Ref.) vor und hat bei je einer Arthrodese im Fuß- und Kniegelenk, sowie zwei tuberkulösen Kniegelenken gute Erfolge erzielt.

Kopf und Gesicht.

Barette (Caen). Einige Fälle von Verletzung des Schädels und Gehirns.

B. berichtet über sechs Schädelbrüche, 3mal mit Bruch des Felsenbeines, zwei Schußverletzungen, vier Gehirnerschütterungen. Drei Fälle der ersten Gruppe mußten operativ behandelt werden; einer — der spätest Operierte — starb.

Villar (Bordeaux). 1) Epidurale Pseudocysten nach alten Schädeltraumen.

Sie sind bisher selten — etwa 4mal — beschrieben und vielleicht Folgezustände von Hämatomen, Pachymeningitiden oder Splitterreizung. Die teils motorischen, teils psychischen Reizerscheinungen treten relativ spät auf. 4mal erzielte die ausgeführte Operation Heilung.

2) Epitheliom der Stirnhaut mit Perforation des Stirnbeines.

Die ausgedehnte Neubildung hatte den rechten äußeren Orbitalrand, die Wand des rechten Sinus frontalis zerstört und war sogar in den linken hineingewachsen. Es schien alles gut zu gehen; dann bekam der Operierte eine Lungenentzündung, an der er starb.

Reboul (Nîmes). Meningoenkephalokele der hinteren Fontanelle.

Heilung durch Operation. 3monatiges Kind mit nußgroßer Enkephalokele, die nach einem Sturze sich dunkel färbte und schnell vergrößerte. Die Operation bietet nichts Besonderes: Abklemmung des Stieles, Catgutnaht der Dura, Hautnaht mit Fil de Florence. Reaktionslose Heilung. Vorzügliche Hirnfunktion des jetzt 3 Jahre alten Kindes.

Paul Delbet (Paris). Jackson'sche Epilepsie nach Trauma.

Dies fand 1884 statt. 3 Jahre später begannen die epileptischen Anfälle. 1903 mußte, weil diese sich häuften, zur breiten Eröffnung des Schädels geschritten werden, wobei eine meningitisch erkrankte Zone entfernt werden konnte. Heilung. D. stellte nun 300 Fälle traumatischer Epilepsie zusammen und kommt aus der Durchsicht derselben zu folgenden Schlüssen:

1) Ist die Diagnose traumatische Jackson'sche Epilepsie nach Ausschluß luetischer Erkrankung und traumatischer Neurose gesichert, trepaniere man baldigst. 2) Die Trepanation ist selbst bei sehr alten und schweren Fällen gerechtfertigt. 3) An Stellen deutlicher Impression ist in erster Reihe anzugreifen, verdickter und eingedrückter Knochen aufzuheben. Die Inzision der Dura ist nicht absolut erforderlich, aber wünschenswert. 4) Bei mangelnder Depression und Unsicherheit der Lokalisation lege man das Gehirn nach Bildung großen osteoplastischen Lappens frei. Die vorbereitenden Trepanöffnungen sind ebenso viel Ventile, der deckende Lappen schützt vor späterhin auftretender Epilepsie. 5) 6) u. 7) Entzündliche Partien der Rinde sollen entfernt, das Gehirn nur dann berührt werden, wenn die oberflächlichen Schichten gar nichts Krankhaftes erkennen lassen. Bei entzündlichen Prozessen ist die Aussicht auf Heilung größer als bei degenerativen. 8) Wo eine erste Trepanation keine Heilung erzielt, kann eine zweite und dritte sie noch bringen.

Morestin (Paris). Operationstechnik des Lippenkrebses und der nachfolgenden Plastik.

M. führt die zahlreichen Rezidive auf die Zaghaftigkeit der Operateure zurück, die zu wenig Lippe und keine Drüsen entfernten. Er begnügt sich nie mit dem einfachen V-Schnitt, sondern entfernt fast die ganze Unterlippe. Bei der Wiederherstellung der Mundöffnung verfährt er nach Carger und bedient sich der Oberlippe, oder wenn die Neubildung an der Kommissur saß, der gesunden Wange, die unterminiert und herübergezogen wird. Am Kiefer haftende Rezidive verlangen die Resektion mit sofortiger Einlegung von Prothesen.

Jacques (Nancy). Idealbehandlung der chronisch eitrigen Sinusitis frontalis.

In 9 Fällen hat J. sich mit gutem Erfolge seines Verfahrens bedient, welches im wesentlichen in der Abtragung des Orbitaldaches, soweit es als Boden des Sin. front. in Frage kommt, und des Siebbeines besteht, der Vorteil besteht in der leichten Drainage und der Zugänglichkeit der oberen Sinuswände.

Diskussion. Sébileau (Paris) rügt am Jacques'schen Verfahren, daß man bei kleinem Sinus front. diesen verfehlen und in das Gehirn gelangen, bei ausgedehntem Sinus aber nicht den ganzen Boden entfernen, und somit nicht radikal vorgehen kann. Er bleibt bei der Kimt'schen frontalen Eröffnung.

Moure (Bordeaux). Einige Fälle von Cellulae aberrantes.

Zunächst erinnert M. an einen tödlich verlaufenen Fall von Aufmeißelung, wo zuerst alles glatt verlief, dann Meningitis eintrat; in der Nähe des Sinus war eine isolierte eiterhaltige Zelle übersehen worden; solche gibt es aber noch in der Tiefe des Proc. mastoideus. Bei völliger Stenose des Mastoideus hat es keinen Zweck, danach zu suchen, wohl aber bei zellreicher Anlage des Proc. mast.

Suarez de Mendoza (Paris). Bemerkungen zur Behandlung des Schielens.

Vortr. tritt für die Zurücksetzung der Muskeln bei Abweichungen von mehr als 25° ein gegenüber den jetzt so üblichen Vorziehungen, die längere Zeit zur Heilung brauchen. Auch die Wiederherstellung der Funktion geht leichter und rascher von statten bei bloßer Zurücksetzung. **Christel** (Metz).

(Fortsetzung folgt.)

---

14) L. Brunton. On a case of staphylococcic infection.

(St. Bartholomew's hospital reports 1903.)

B. bespricht einen Fall von chronisch verlaufender Staphylokokkeninfektion, der ihn selber betroffen hat. Sie war von einer winzigen Pustel am Finger ausgegangen. Größere Eiterpusteln an verschiedenen Stellen des Körpers folgten, alle ausgezeichnet durch sehr große Schmerzhaftigkeit, die durch lokale Applikation von doppeltkohlensaurem Natron erfolgreich bekämpft wurde. Verf. empfiehlt diese Applikationen warm auf Grund weiterer Erfolge in anderen Fällen. — Es folgten ein periurethraler Abszeß, einer am Oberschenkel, dann vier intraperitoneale Abszesse und endlich Infiltrate am Oberarme. Nach vielfachen Inzisionen erfolgte etwa nach Jahresfrist Heilung. **Lengemann** (Bremen).

15) A. Jenckel. Beitrag zur Kenntnis der Rotzinfektion beim Menschen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXII. p. 130.)

Eine Beobachtung aus der Göttinger Klinik, welche beweist, daß gelegentlich ein akuter Rotz genau wie eine gewöhnliche Wundinfektion sich vollkommen lokalisieren und unter gleichen Erscheinungen zur Ausheilung gelangen kann. Ein Wärter des pathologischen Institutes hatte mit den Präparaten einer wegen akuten Rotzes sezierten Leiche hantiert, obwohl er mehrere Fingerwunden hatte. 7 Tage später Erkrankung mit Schmerzen in Hand und Vorderarm, sowie an Lymphangitis. Es folgte eine akute Abszedierung der Kubitaldrüsen, die poliklinisch inzidiert und nachbehandelt wurde. Da der Mann unverhältnismäßig stark angegriffen war und der verdächtigen Anamnese wegen wurde der Eiter bakteriologisch untersucht, wobei sich Rotzbazillen fanden. Pat. wurde nunmehr in die Klinik aufgenommen, wo unter sorgfältiger Schonung und täglichen feuchten Verbänden mit essigsaurer Tonerde langsame, doch völlige Heilung erfolgte. Im ganzen dauerte die Erkrankung vom 22. März 1900 bis 5. Mai 1900. Da der Mann bis jetzt — also 4 Jahre lang — gesund geblieben ist, ist endgültige Ausheilung der Infektion wohl anzunehmen.

Einen ähnlichen Fall konnte J. in der Literatur nicht finden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

16) J. H. Wright. Protozoa in a case of tropical ulcer (Aleppo Boil).

(Journ. of cutan. diseases 1904. Januar.)

Nach einer kurzen Schilderung der klinischen Erscheinungsform der Aleppobeule und einer Besprechung der bisherigen wesentlichen Arbeiten von Cunningham, Firth und Riehl, nach denen zweifellos die Ätiologie dieser eigenartigen Erkrankung nicht sicher gestellt ist, berichtet Verf. über einen eigenen, sehr genau beobachteten Fall. Es handelt sichum ein 9jähriges Mädchen, welches die Eruption

in einem festen, zirkelrunden, erhabenen Flecke, schwärzlich und mit Schorf bedeckt von ungefähr 12 mm Durchmesser in der linken Backe zeigte. In allen Präparaten fand Verf. in sehr großer Anzahl jene häufig beschriebenen runden und scharf gezeichneten Körperchen, deren Klassifikation im System ebenso wenig genau feststehen scheint, wie ihre Morphologie. Verf. ist geneigt, sie aus manchen Besonderheiten doch für spezifisch charakterisiert zu halten und gibt diesen Mikroorganismen auch gleich einen besonderen Namen: Helkosoma tropicum (Helkos = das Geschwür). Subkutane Impfungen und Schröpfimpfungen bei Kaninchen negativ, ebenso Kulturen in Menschenblut negativ. Die Einzelheiten sind im Originale nachzusehen; auch hier veranschaulichen wenigstens zahlreiche gute und klare Illustrationen in photographischer Reproduktion die Auffassung des Autors. **Harttung** (Breslau).

17) **Krönlein.** Klinische Nachträge.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLI. Hft. 1.)

Verf. berichtet über die Resultate von Nachuntersuchungen bei einer Reihe früher schon veröffentlichter Fälle. Dieselben betreffen:

1) Die erste konservierende Myomektomie mit vollkommener Erhaltung der sexuellen Funktionen. Beobachtungszeit: 15 Jahre.

2) Die längste bis jetzt festgestellte Dauerheilung nach einer wegen Nierenkrebs ausgeführten Nephrektomie. Beobachtungszeit: 18 Jahre 7 Monate.

3) Eine weitere Dauerheilung nach einer wegen Nierenkrebs ausgeführten Nephrektomie. Beobachtungszeit: 4 Jahre 5 Monate.

4) Eine Dauerheilung nach der Exstirpation einer enormen polycystischen Nierengeschwulst. Beobachtungszeit: $5^1/_4$ Jahre.

5) Ein primäres, myelogenes Plattenepithelkarzinom der Ulna. Beobachtungszeit: $6^3/_4$ Jahre.

6) Eine Dauerheilung nach der Exstirpation eines rezidivierenden Kehlkopfkarzinoms. Beobachtungszeit: 14 Jahre. **Blauel** (Tübingen).

18) **Villemin.** Traitement de l'hypospadias balanique et pénien.

(Tribune méd. 1904. Nr. 11.)

In 18 Fällen wandte Verf. das Beck'sche Verfahren an, und zwar 17mal mit vollem Erfolge, während einmal bei einem 15 Monat alten Kinde die Nähte nicht hielten. Aus diesem Grunde rät Verf., nicht unter 4 Jahren zu operieren. Er rühmt dem Verfahren als Vorteile nach, daß die Operation in einer Sitzung ausgeführt werden kann, kein Dauerkatheter nötig ist, desgleichen später keine Sondenbehandlung, da sich keine Narben bilden können, endlich, daß die Methode am meisten natürliche Verhältnisse und deshalb gute Funktion schafft.

Coste (Straßburg i. E.).

19) **Momo.** La stenosi uretrale traumatica nella legga degli infortuni sul lavoro.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1904. Nr. 37.)

An der Hand eines Falles von schwerer traumatischer Striktur der hinteren Harnröhre erörtert Verf. die Frage der Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit durch dieselbe. Die Behinderungen in psychischer und körperlicher Hinsicht, die als Folge der Miktions- und Ejakulationsbeschwerden auftreten, sowie die hier zwar nicht eingetretenen, aber jederzeit möglichen schweren Folgezustände im uropoetischen Apparat, endlich die schwere und nur auf operativem Wege erreichbare Heilbarkeit bestimmen ihn zu einer Schätzung des Verlustes von $^2/_5$ der Arbeitsfähigkeit, worauf dem Arbeiter auch vom Gericht 40% der Rente zugebilligt wurden.

Dreyer (Köln).

20) **Schmidt.** Ureteral injection of oil followed by the spontaneous passing of an ureteral stone.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. März 12.)

Der Stein war skiagraphisch nachgewiesen. Aus anderen Gründen wurde mit dem Harnleiterkatheter aus dem erkrankten Harnleiter Urin entnommen, nachher



12 ccm steriles Öl (Albolene) injiziert. Darauf Steigerung der Schmerzen und am zweiten Tage spontaner Abgang des etwa bohnengroßen Steines.

Trapp (Bückeburg).

21) **B. Gallaudet.** Traumatic pyelo-paranephric cyst.

(Med. news 1904. März 5.)

Ein 12jähriger Knabe wurde beim Schneeschippen mit dem Stiel einer Schaufel gegen den Bauch gestoßen. Er mußte einige Tage zu Bett liegen und litt seitdem an fortdauernden leichten Schmerzen in der rechten Bauchseite. 3 Jahre später glitt er bei dem Versuche, das Dach eines Schuppens zu erklettern, aus und schlug mit dem Unterleib auf die Dachkante auf. Erbrechen, blutiger Urin 5 Tage lang. Nach 2 Wochen Spitalaufnahme. Man fand eine Schwellung der rechten Lendengegend, die allmählich zunahm. Eine Inzision entleerte $^{3}/_{4}$ Liter blutiger Flüssigkeit. Es resultierte eine Fistel, aus der dauernd Urin floß. 5 Monate darauf sah G. den Knaben zuerst und beobachtete eine Reihe von intensiven Fieberanfällen, verbunden mit Delirien, Schmerzen und Aufhören der Urinsekretion aus der Fistel. Operation: Freilegung einer Cyste mit dicker, mit der Umgebung fest verwachsener Wandung. Die Cyste gehörte dem paranephritischen Gewebe an, ging aber in die Niere über und begriff das Nierenbecken in sich. Eine in den Harnleiter geführte Sonde stieß nach 2 Zoll auf Widerstand. Nephrektomie. Die Niere zeigte sich durchsetzt von zahlreichen kleinsten Abszessen. Die Wunde schloß sich erst, nachdem durch eine Nachoperation der Rest der Cystenwand entfernt worden war. Heilung.

Kleinschmidt (Charlottenburg).

22) **D. Newman.** Three cases of reno-renal reflex pain.

(Lancet 1904. April 23.)

Verf. erklärt die reflektorischen Nierenkoliken auf der gesunden Seite bei ausschließlicher Erkrankung der anderen Niere nicht für selten. Zu einigen aus der englischen Literatur angeführten Fällen fügt er drei neue eigene Beobachtungen hinzu, wo die Schmerzanfälle jedesmal nur auf der gesunden Seite bestanden. Zweimal handelte es sich um Steine, einmal um Pyelonephritis. Cystoskopie, Harnleiterkatheterismus und besonders die Röntgenphotographie sind daher nach Verf. die souveränen Hilfsmittel der Diagnostik bei Nierenkoliken; mit ihrer Hilfe vermochte Verf. in allen drei Fällen den Krankheitsprozeß an der richtigen Seite zu lokalisieren und zu beseitigen. **H. Ebbinghaus** (Berlin).

23) **Roussy.** Traitement de l'orchite blennorrhagique aiguë par l'injection épidurale de cocaine.

(Tribune méd. 1904. Nr. 2.)

Bei gonorrhoischer Epididymitis injizierte Verf. in 34 Fällen 3 ccm einer 1%igen Kokainlösung in den Lendenwirbelsäulenkanal. Es hörten in 23 Fällen nach einmaliger Injektion die Schmerzen sofort auf, und zwar innerhalb einer Stunde, 4mal nach längerer Zeit, ohne wiederzukehren. 6mal kehrten die Schmerzen wieder, 1mal war kein Erfolg zu erzielen. Gleichzeitig sank das Fieber und hob sich das Allgemeinbefinden wesentlich. Vergiftungserscheinungen wurden, abgesehen von einmaligem leichten Erbrechen, nicht beobachtet, so daß R. die Methode empfehlen zu können glaubt. **Coste** (Straßburg i. E.).

24) **Balloch.** Fibromata of the tunica vaginalis.

(Annals of surgery 1904. Nr. 3.)

Bei einem Neger hatte sich ohne festzustellende Veranlassung innerhalb 8 Jahren eine enorme Vergrößerung der rechten Hodensackhälfte entwickelt, so daß der Hodensack bis an die Knie reichte. Nach operativer Eröffnung der rechten Hodensackhöhle zeigte es sich, daß die ganze Tunica vaginalis dieser Seite im Zustande gelatinöser Entartung war, und daß an ihr drei Geschwülste

saßen, deren größte 5 Zoll lang und 3 Zoll breit, die beiden anderen 4 Zoll lang und 2½ Zoll breit waren. Das Gesamtgewicht der exstirpierten Geschwülste betrug 1644 g. Die degenerierte Tunica, sowie der ebenfalls entartete rechte Hode wurden entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Geschwülste myxomatös und fettig entartete Fibroide waren, und daß die Tunica und der rechte Hode ebenfalls einer fibrös-myxomatösen Degeneration anheimgefallen waren. Die Ätiologie dieser Degeneration ist nach Verf. dunkel; er weist darauf hin, daß die schwarze Rasse zu fibroider Degeneration der Gewebe neige.

Aus der Literatur vermochte B. sieben analoge Fälle zusammenzustellen.

Herhold (Altona).

25) **Pozzi et Bender.** Recherches sur l'état du sang dans les kystes de l'ovaire.

(Société d'obstétrique, de gynécologie et de paediatrie de Paris 1903. Juli.)

Die Blutuntersuchungen wurden an 22 Kranken ausgeführt und ergaben folgendes Resultat:

1) Die Blutuntersuchung gestattet in den meisten Fällen, die gutartige oder bösartige Beschaffenheit einer Eierstockscyste zu erkennen.

2) Wenn man bei normaler Zahl roter Blutkörperchen eine Verhältniszahl der Leukocyten von 6—8000 findet, so handelt es sich um eine gutartige Cyste.

3) Bei normaler Zahl roter Blutkörperchen und mäßiger Leukocytose ist ein bösartiger Charakter einer Cyste nicht sicher zu diagnostizieren.

Eine derartige Leukocytose findet sich häufig bei voluminösen Cysten und ist stets bei vereiterten Cysten vorhanden.

4) Wenn neben einer Verminderung der roten Blutkörperchen eine Leukocytenvermehrung von 12—20000 gefunden wird, ist eine bösartige Degeneration sehr wahrscheinlich. Die Feststellung einer Anämie ist dabei wichtiger als die einer Leukocytose.

Bei diesen Zählungen ist nur die Zählung der roten und weißen Blutkörperchen von Bedeutung, nicht die verschiedenen Arten der weißen Blutzellen. Hinzufügen kann man die Bestimmung des Hämoglobingehaltes.

5) Die Blutuntersuchung kann schließlich wertvolle prognostische Anhaltspunkte geben. So sind zwei Kranke der Verff., die neben einer ausgesprochenen Leukocytose eine beträchtliche Verminderung der roten Blutkörperchen zeigten, bald nach der Operation gestorben, ohne daß eine Infektion Schuld an dem tödlichen Ausgange gewesen ist. Im ersten Falle handelte es sich um eine doppelseitige bösartige Ovarialcyste, im zweiten Fall um ein sehr großes, multilokuläres Kystom ohne bösartige Degeneration. Im letzten Falle hatte aber die Blutuntersuchung den Glauben an eine bösartige Cyste erweckt.

Neck (Chemnitz).

26) **Brohl.** Eine Graviditas tubaria und ein Os penis im Röntgenbilde.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 3.)

B. hat bei einem 74jährigen Mann einen Penisknochen beobachtet, welcher, in seiner Hauptmasse rinnenförmig den Corpora cavernosa aufgelagert, mehrere Seitenfortsätze trug. Die beigegebene Tafel zeigt den Knochen in dem nach dem Tod abgetrennten Penis, dessen radiographische Darstellung in ganzer Länge am Lebenden dem Verf. nicht gelungen war; doch ist in der Reproduktion leider keine knöcherne Struktur des Körpers erkennbar. Bezüglich der Genese macht B. Traumen des erigierten Penis verantwortlich.

Matthias (Königsberg i. Pr.).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 26. **Sonnabend, den 2. Juli.** **1904.**

Der erste Verband auf dem Schlachtfelde.

Von

Dr. W. J. van Stockum,

Direktor der chir. Abteilung des Stadtkrankenhauses in Rotterdam.

Trotzdem die antiseptische Wundbehandlung den Verlauf der im Krieg entstandenen Wunden bedeutend verbessert hat, geht noch immer eine beträchtliche Anzahl Verwundeter an eitrigen Infektionen zugrunde. Das erklärt sich daraus, daß zunächst die antiseptische Wundbehandlung auf dem Schlachtfelde kaum kunstgerecht ausgeübt werden kann, während außerdem auch eine kunstgerechte

antiseptische Wundbehandlung eitrigen Infektionen vorzubeugen häufig nicht imstande ist.

In meiner Abteilung des hiesigen Krankenhauses werden seit 1900 alle akzidentellen Wunden nach einem Verfahren behandelt, das sich durch hervorragend gute Erfolge und große Bequemlichkeit auszeichnet. Dieses Verfahren eignet sich meines Erachtens in ganz hervorragender Weise für die Wundbehandlung im Krieg und dürfte die schwierige Aufgabe des ersten Verbandes auf dem Schlachtfelde vollkommen zu lösen vermögen. Ich habe dieses Verfahren im Niederländischen Chirurgenverein[1] und auf dem 16. französischen Chirurgenkongreß (1903) besprochen. Während ich für Einzelheiten auf jene Veröffentlichungen verweise, beschränke ich mich hier auf folgendes.

Das Verfahren kommt auf folgendes hinaus: Weder die Wunde noch ihre Umgebung wird mit antiseptischen oder sonstigen Flüssigkeiten gereinigt, sondern es wird sofort eine große Menge Perubalsam in die Wunde gegossen. Sodann wird ein einfacher aufsaugender Druckverband angelegt. Dieser Verband bleibt ca. 20 Tage liegen. Bei offenen Knochenbrüchen empfiehlt sich außerdem Immobilisierung durch Schienen oder Gipsverband. Ist bei einem offenen Knochenbruch die Hautwunde klein, so spritzt man mittels einer sterilisierten Spritze Perubalsam in die Wunde[2].

Als Beispiel mögen hier folgende Zahlen der mit obigem Verfahren behandelten offenen Knochenbrüche angeführt werden (s. Tabelle I).

Tabelle I.

Primäre Amputation	Körperteil	Gesamtzahl	Glatte Heilung	Heilung ohne Eiterung nach Fistelbildg.	Eiterung mit Heilung	Sekundäre Amputation
2	Unterschenkel	58	52	4	1	1
	Unterarm	9	9			
	Oberschenkel	4	3		1	
	Oberarm	6	5		1	
	Becken	2	2			
	Kniescheibe	1	1			
	Fersenbein	2	1	1		
	Unterkiefer	8	5	3		
2	Zusammen:	90	78 (87%)	8[3]	3	1
			86 (95,5%)		4 (4,5%)	

[1] Vgl. Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde 1904. I. Nr. 11.

[2] Das Verfahren wurde in der vorantiseptischen Zeit von meinem Vorgänger, weiland Dr. Jan van der Hoeven, bei komplizierten Frakturen angewandt. Nur die Einspritzung von Balsam bei sog. Durchstechungsfrakturen wurde von mir zugefügt.

[3] Nach Konsolidation wurde ein Fremdkörper (Holz usw.) reaktionslos in der Tiefe gefunden.

Zum Vergleiche folgen in Tabelle II einige, den Mitteilungen aus der Bramann'schen (Francke[4]) und Czerny'schen Klinik[5] entnommenen Zahlen; und zwar habe ich von den zuerst erwähnten Fällen nur diejenigen in Rechnung gezogen, die am Tage der Verletzung oder am folgenden Tage zur Behandlung gelangten, während ich bei den Mitteilungen aus der Czerny'schen Klinik nur die offenen Knochenbrüche der unteren Extremität (1897 bis 1902) berücksichtigt habe. Zum Schluß füge ich eine statistische Angabe von Treves[6] hinzu. Dieser legte Schienenverbände an, wobei die Wunde offen gelassen und nur öfters mit Jodoform-Kreolinpulver bestreut wurde.

Tabelle II.

Primäre Amputation	Chirurg und Verfahren	Gesamtzahl	Glatte Heilung	Ohne Eiterung mit zeitl. Fistel geheilt	Eiterung	Sekundäre Amputation	Mißerfolge
?	Treves, Abstinenz	61	49 (80%)	0	7	5	12 (20%)
28 (33%)	Czerny, Antisepsis	56	24 (43%)	0	25	7	32 (57%)
	v. Bramann, Antisepsis	64	50 (70%)	3	7	4[7]	11 (17%)
2	van Stockum, Perubalsam	90	78 (87%)	8	3	1	4 (4,5%)

Aus dem Vergleiche dieser Zahlen geht hervor: 1) daß bei indifferenter Behandlung (Treves) nur in 20% Eiterung auftrat, daß dann aber der Verlauf ganz schlecht war. 2) Daß eine sehr energische antiseptische Behandlung (v. Bramann) ungefähr dasselbe (17%) leisten kann, daß aber sogar in einer Klinik wie der Czerny-schen, trotzdem in 33% primäre Amputation stattfand, dennoch in 57% der übrig gebliebenen Fälle Eiterung auftrat. 3) Daß bei der Behandlung mit Perubalsam nur in 4,5% Eiterung gesehen wurde.

Zum Schluß will ich die Vorzüge der Wundbehandlung mit Perubalsam auf dem Schlachtfelde kurz zusammenfassen:

1) Der Verwundete braucht weder gereinigt noch desinfiziert zu werden.

2) Der Chirurg oder Helfer, der den ersten Verband anlegt, braucht seine Hände nicht zu reinigen oder zu desinfizieren.

3) Ein steriler Verband ist nicht unbedingt notwendig. Jeder aufsaugende Stoff, der einigermaßen elastisch ist, kann in Notfällen angewendet werden: Hemd, wollene Decke, vielleicht Heu.

4) Der erste Verband kann 20 Tage liegen bleiben, wodurch die Nachteile eines Transportes verringert werden.

---

[4] Francke, Über die Behandlung komplizierter Frakturen. v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. p. 660.

[5] Jahresberichte der Heidelberger chirurgischen Klinik. Beiträge zur klin. Chirurgie. Supplement.

[6] Treves, Annals of surgery 1903. — Zentralblatt für Chirurgie 1903. Nr. 20.

[7] Einer dieser 4 starb ohne Amputation.

5) Derjenige, der den ersten Verband anlegt, braucht kein Chirurg zu sein.

Wahrscheinlich müssen Schußwunden mit kleiner Eingangs- und Ausgangsöffnung mit Einspritzung von Perubalsam behandelt werden. Eine solche Einspritzung darf nur von einer geübten Hand, und zwar mit einer sterilisierten Spritze vorgenommen werden. Nicht jeder darf das tun. Vielleicht ließe sich eine sterilisierbare metallne Büchse mit ausgezogener Röhre herstellen, in der man den Balsam aufbewahren und aus der man denselben in die Wunde gießen könnte.

---

1) **P. Grawitz.** Die beim Heilungsprozesse bemerkbaren Verwandtschaften der menschlichen Gewebe.

(Festreden der Universität Greifswald. Nr. 11.)

Greifswald, **Jul. Abel,** 1904.

In der schönen, wirkungsvollen Festrede geht G. auf die Verwandtschaftsverhältnisse der verschiedenen Zellterritorien im Zellenstaate des Körpers ein, wie sie sich in ihrem Verhalten bei Heilungsprozessen erkennen lassen und wobei gewissermaßen eine Rückbildung der ursprünglichen Differenzierung beobachtet werden kann. Er spricht von der Narbenbildung im allgemeinen, ferner von der Metaplasie des Epithels, dessen verschiedene Spielarten vermöge ihrer näheren Verwandtschaft sich gelegentlich ineinander verwandeln können. Die ideale Neubildung ganzer Gewebskomplexe, wie sie niederen Tieren eigen ist, fehlt dem Menschen fast ganz; dennoch ersetzen sie große Schleimhautdefekte in allen ihren Schichten in erstaunlicher Weise, z. B. im Magendarmkanal oder im Kehlkopf.

Sehr interessant ist G.'s Auffassung der Wertigkeit des Granulationsgewebes bei der Narbenbildung: »Meine persönliche Auffassung ist die, daß nicht nur das Bindegewebe, sondern alle wucherungsfähigen Zellarten überhaupt am Aufbau des Granulationsgewebes beteiligt sind, und daß diese aktive Rolle nicht einmal auf die Reaktion bei einfachen Wunden beschränkt ist, sondern auch bei den komplizierten Gewebsschädigungen, die zu Entzündungen führen, in Geltung tritt.« Auch bei der Narbenbildung im Muskel und Nervengewebe nimmt dies spezifische Gewebe nach G.'s Ansicht aktiven Anteil an der Narbe, und eben dadurch wird es möglich, daß dann später in diesem Narbengewebe Muskelfasern resp. Nervenfasern sich neubilden können.

Bemerkenswerte Verwandtschaftsverhältnisse bestehen ferner zwischen Knochen und Knorpel. Das zeigt sich bei der knöchernen Kallusbildung der knorpeligen Rippen oder durch Auftreten von Knorpelinseln beim Knochenkallus der Diaphysen, wo sonst kein Knorpel anzutreffen ist. **Schmieden** (Bonn).

---

2) **Frédéric.** Über die sog. menschliche Botryomykose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 15 u. 16.)

Unter Mitteilung von drei hierher gehörigen Fällen, die genau mikroskopisch und bakteriologisch untersucht sind, bespricht F. die bisherigen Publikationen über die von Poncet und Dor zuerst beschriebene Erkrankung. Seiner Meinung nach kommen einige Wochen bis Monate nach einer vorangegangenen Verletzung beim Menschen an den Fingern und Händen, seltener an anderen Körperstellen, diese eigentümlichen, erbsen- bis nußgroßen weichelastischen, von Epidermis bedeckten Geschwülste vor, die histologisch aus Granulationsgewebe mit reichlichen neugebildeten Blutgefäßen bestehen.

Ob die bakteriologischen Befunde (ein dem Staphylokokkus pyog. aureus ähnlicher Kokkus) charakteristisch sind, ist nicht sicher. Die Prognose ist nach der einzig richtigen Exstirpation absolut gut.

Borchard (Posen.)

---

3) **Poncet** et **Bérard.** A propos du diagnostic clinique de l'actinomycose humaine.

(Lyon méd. 1904. Vol. I. p. 609.)

P. hebt die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Aktinomykose und Hautkarzinom hervor und stellt die unterscheidenden Merkmale in Tabellenform einander gegenüber. Er erwähnt mehrere von ihm operierte Fälle von Geschwülsten der Kiefergegend, die zu Verwechslungen Veranlassung gaben; bei einem mit der Diagnose Epitheliom Operierten blieb es selbst nach der mikroskopischen Untersuchung unklar, ob es sich um Syphilis, Tuberkulose, Krebs oder Aktinomykose handelte. Außerdem kommt bei älteren aktinomykotischen Herden die Umwandlung in Karzinom in seltenen Fällen vor. Rabaioye hat auf P.'s Veranlassung drei derartige Fälle beschrieben. Der Nachweis des Strahlenpilzes bei vorgeschrittener krebsiger Entartung ist oft unmöglich; aber auch bei frischen Fällen einfacher Aktinomykose gelingt er manchmal erst nach monatelanger Beobachtung. Verdächtig auf Aktinomykose sind daher lokale, hartnäckige, rezidivierende Eiterungen, chronische fistulöse Phlegmonen, Holzphlegmonen, welche durch ihre plattenförmige Ausbreitung und Härte den Eindruck einer Geschwulst machen, zumal wenn sie nicht von einem erkrankten Knochen oder Gelenk ausgehen und an den Prädilektionsstellen der Aktinomykose sitzen. Kennzeichnend für Aktinomykose ist immer die Vereinigung der Charaktere einer Geschwulst und einer Entzündung. **Mohr** (Bielefeld).

---

4) **H. Küttner.** Die Schußverletzungen in der ärztlichen Praxis.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 6 u. 7.)

K. weist auf die Zunahme der Friedensschußverletzungen hin, bei deren Behandlung der praktische Arzt in Rücksicht auf die so

häufige forensische und Unfallbegutachtung und die jetzt jederzeit und jedenorts erlangbare spezialistisch-chirurgische Hilfe heute eine größere Verantwortung übernehme als in früherer Zeit. Abgesehen von der Bekämpfung der primären und sekundären Blutung, welch letztere nach K.'s Erfahrung besonders bei stark zerfetzten und in der Nähe großer Gefäßstämme verlaufenden Wundkanälen, bei Kieferschüssen und eiternden Schußwunden zu fürchten ist und sich häufig mit kleinen Nachblutungen ankündigt, besteht die wichtigste Aufgabe des Arztes bei allen Schußverletzungen in der Verhütung der Infektion. Hier steht Verf. ganz auf dem Boden der Lehre E. v. Bergmann's, daß die frische Schußverletzung als nicht infiziert angesehen werden kann. Darum ist die Untersuchung einer solchen mit Sonde oder Finger oder das Auswaschen ein schwerer Fehler. Bei kleinen Hautöffnungen beschränkt sich die Behandlung auf die Säuberung der Umgebung und einen aseptischen aufsaugenden Verband mit Gaze oder v. Bruns'scher Wundpaste; Knochen- und Gelenkverletzungen erfordern außerdem eine genügende Immobilisierung. Undurchlässige Verbandstoffe sind, weil sie Sekretstauung begünstigen, streng zu verwerfen. Nur bei großem Ein- oder Ausschuß und ausgedehnten Zertrümmerungen der Weichteile und Knochen wird die Reinigung der Wunde oder gar die primäre Amputation nötig.

Im zweiten Abschnitt bespricht K. die Anwendung dieser Grundsätze auf die Verletzung der einzelnen Organe, die dabei notwendigen besonderen Maßnahmen, die Frage des Transportes und der Entscheidung für häusliche oder Krankenhausbehandlung.

Gutzeit (Neidenburg).

---

5) **Hildebrandt.** Zur Erklärung der Bewegungsvorgänge bei Explosionsschüssen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 4.)

H. faßt die Ergebnisse seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: Durchdringt ein Geschoß mit großer Geschwindigkeit einen flüssigen oder feuchten Körper, so schlagen die Teile, welche durch das Geschoß angestoßen und aus ihrer Lage gedrängt werden, denjenigen Weg ein, auf welchem sie den geringsten Hindernissen begegnen. Daher bewegen sie sich zuerst nach dem Schützen auf das dünnere Medium, die Luft, zu, wählen aber die entgegengesetzte Bahn, sobald die Gewebsschicht, welche sich ihrem Fortschreiten nach rückwärts zu entgegenstellt, erheblichere Dimensionen angenommen hat; d. h. sie werden in der Stoßrichtung des Geschosses fortgeschleudert, wenn der Widerstand nach allen Seiten hin annähernd gleich ist. Die Explosionswirkung kommt dadurch zustande, daß das Medium in toto verschoben wird und seine Lage ändert, ohne daß seine einzelnen Teile aus ihrem Zusammenhange gerissen werden. Der Raum, welcher somit durch die plötzliche Verdrängung

einer großen Gewebsmasse entstanden ist, stellt für einen Moment ein Vakuum dar, in das alsbald die Luft von außen her mit großer Gewalt hineinstürzt. Je länger der Schußkanal, desto höher ist auch die Luftsäule, welche in ihn eindringt, desto ausgeprägter ihre Wirkung, welche sich in sekundären Einstülpungen an den Rändern der Ein- und Austrittsöffnung des Geschosses äußert und die primären Pressungserscheinungen modifiziert.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

6) **A. Schlesinger.** Über Trockensterilisation mittels Formaldehyd.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 4.)

Verf. beschreibt einen Apparat zur Trockensterilisation, in welchen durch Aufgießen von 40%iger Formaldehydlösung auf Kieselgurpastillen Formaldehyd in Gasform abgegeben wird. Die Instrumente müssen absolut trocken in den Apparat eingelegt werden, da sie sonst sofort rosten. Als zuverlässig ist nach angestellten bakteriologischen Versuchen der Apparat anzusehen für die Sterilisation vernickelter Instrumente mit glatten Oberflächen. Zur sicheren Keimfreiheit genügt der Aufenthalt von 3 Stunden im Apparate. Scheren und Schieber müssen aufgeklappt in denselben eingelegt werden. Für Kathetererilisation ist das Verfahren recht brauchbar, namentlich zur Aufbewahrung im keimfreien Zustande. Für Verbandstoffsterilisation ist ein praktischer Wert des Apparates nicht zu konstatieren. Im ganzen ist das Verfahren demnach für alle Zwecke des praktischen Arztes brauchbar, insofern derselbe rasch sicher sterilisierte Instrumente in der Sprechstunde zur Hand haben muß.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

7) **Moszkowicz.** Die erhöhte Resistenz des Peritoneums bei der akuten Perityphlitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 4.)

Verf. schließt sich der Ansicht der heute noch in der Minderzahl befindlichen Chirurgen an, daß die Lösung von Verklebungen bei der Operation der eitrigen Perityphlitis nicht so große Gefahren biete als man bisher allgemein angenommen hat. Er rät deshalb mit Rehn und Sprengel zum direkten Eingehen in die freie Bauchhöhle auch beim Abszeß um den Wurmfortsatz und hält es auf Grund seiner Erfahrungen für richtig, diesen ohne Rücksicht auf die Eröffnung der Bauchhöhle aufzusuchen und zu entfernen. Die Eröffnung eines Abszesses durch kleinen Schnitt ohne Amputation des Fortsatzes hält er für falsch, da man nie wissen kann, ob nicht ein zweiter Abszeß vorhanden ist, an dem Pat. zugrunde gehen kann. In 19 von 62 Fällen fand M. multiple Abszesse; da die Lage der letzteren bei der Appendicitis eine typische ist, kann die Kenntnis dieser typischen Ausbreitung dazu beitragen, durch Eröffnung aller Eiterherde manche vorgeschrittenen Fälle noch zu retten. Dou-

glasabszesse vom Mastdarm oder auf sakralem Wege allein zu eröffnen, hält M. wegen der Multiplizität der Eiterherde für unrichtig. An Abbildungen, welche die voneinander getrennte Lage solcher Abszesse klar darstellen, ist die zweckmäßigere Anwendung des Bauchschnittes erläutert.

Nach Ansicht des Verf. ist die Perityphlitis in den meisten Fällen diffus, begrenzt sich erst später auf einen umschriebenen Abszeß. Die also bei den schweren Appendicitiden meist vorhandene diffuse Peritonitis hat jedoch eine gute Prognose im Gegensatze zu den Aussichten aller übrigen Peritonitiden, die nach Durchbruch eines Organes zustande kommen. Der wichtigste Umstand scheint dabei der zu sein, daß eine verhältnismäßig geringe Menge von Infektionsmaterial in ein Bauchfell geworfen wird, das nicht normal, sondern durch vorherige Diffusion von Giften in einen Reizzustand versetzt worden ist. Das Bauchfell hatte Zeit, sich auf den Überfall mit Infektionsmaterial vorzubereiten, sei es durch die Erzeugung von Gegengiften oder die Vermehrung von Leukocyten. Wenn auch M. nicht von einer Immunität sprechen will, die er nicht nachzuweisen imstande ist, so haben uns doch viele Arbeiten der letzten Jahre gelehrt, daß es eine Art flüchtiger Immunität gibt. Diese Pseudoimmunität sieht M. in dem eben erwähnten Reizzustand, in der erhöhten Resistenz des Bauchfelles gegeben. Um die Gefahr jedoch dauernd zu beseitigen, muß der Wurmfortsatz exstirpiert werden. Der Zustand der erhöhten Resistenz muß dem Bauchfell eine Zeitlang erhalten bleiben, sonst wäre es nicht möglich, daß wir ungestraft noch nach längerer Zeit seit Beginn der Erkrankung Abszesse gegen die freie Bauchhöhle eröffnen können. Diese Tatsache einer erhöhten Widerstandsfähigkeit des Bauchfelles erlaubt uns in der Eröffnung von Eiterherden und in der Entfernung des Wurmfortsatzes mutiger vorzugehen; und da die Schutzkräfte nur mit einer allmählichen Steigerung der Infektion Schritt halten und bei einem geschwächten Individuum zu früh erlahmen können, muß man den Wurmfortsatz als Infektionsquelle zeitig beseitigen. Als Frühsymptom besonders bei schweren Fällen von Appendicitis tritt ein Flüssigkeitserguß auf. Als eine nicht seltene Komplikation führt M. noch die Darmstenose an, welche durch das Bestreben des Organismus, den Abszeß durch Verklebungen abzugrenzen, entsteht.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

8) **E. M. Corner.** Acute infective gangrenous processes (necroses) of the alimentary tract.

(Lancet 1904. Mai 14, 21 u. 28.)

Der ausführlichen Bearbeitung des Themas liegen 456 genau untersuchte Fälle von abdominellen Erkrankungen dieser Kategorie aus dem St. Thomas-Hospital zugrunde, die sich folgendermaßen verteilen: Appendicitis 37%, Darmverschluß 24%, Intussuszeption 15%, Perforation 11%, gynäkologische Erkrankungen 6%, Peritonitis auf

unbekannter Basis 2%, Rest 5%. Eine intestinale Nekrose trifft bei 50% der Fälle zu, primär bei Ulzeration jeglicher Lokalisation, Karzinom, Appendicitis und Diverticulitis, als sekundärer Prozeß bei Brucheinklemmung, Volvulus, Intussuszeption, Distensionsgeschwüren usw. Bei der akuten Nekrose handelt es sich um die Aktion septischer Organismen mit sekundären Thrombosen und Hemmungen der Blutzufuhr, bei subakutem oder chronischem Gewebstod um Abnormitäten in der Blutversorgung als primäre Erkrankung; erst sekundär beginnen dann in den mangelhaft ernährten Partien die Mikroorganismen ihre Entfaltung. — Verf. teilt folglich die intestinalen Nekrosen ein in 1) aseptische und 2) septische. Bei der Betrachtung der Blutversorgung des Darmes ergibt sich, daß die Art. mesenterica superior bei weitem die wichtigste ist, da sie allein, ohne Anastomosen, ca. 25 Fuß des Darmes zu versorgen hat. Wenn trotzdem in den Fällen der Literatur bei ihrer Thrombose nicht die ganze Länge dieses Stückes als nekrotisch gefunden wurde, so beweist das, wie die Natur in der Lage ist, je nach dem Grade der Zeit, die man ihr läßt, selbst sehr bedeutende Kollateralkreisläufe zu bilden. Die Symptome der Gefäßembolie resp. Thrombose der Darmarterien werden eingehend besprochen, die Zeit, die in den Fällen der Literatur bis zum Tode verging, schwankte bei später völlig gleich aussehenden Thrombenbildungen zwischen 30 Stunden und 12—20 Tagen; in akuten Fällen bestanden nur Anfänge von Kollateralkreislaufbildung. Diese individuellen Verschiedenheiten scheinen nach Verf. zum Teil auch auf der Pathogenität der Bakterienflora der betreffenden Darmabschnitte zu beruhen. — Interressante Daten enthält die Arbeit weiter über Nekrosen bei Brucheinklemmung. Bei scheinbar noch sehr wohl reponierbarer Darmschlinge stellte sich in 5,8% der Fälle dennoch nachträglich Gangrän ein. Die Nekrosenbildung nach stattgehabter Brucheinklemmung ereignete sich in der Statistik Verf.s am häufigsten am 2.—3. Tage. Insgesamt wurde Gangrän beobachtet in 6,1% der Leisten-, 19,5% der Schenkel- und 25,4% der Nabelbrüche. »Akute infektiöse Nekrose« (Gangrän innerhalb 24 Stunden nach Verf.) ereignete sich in 3% von Gangrän überhaupt, d. h. in nicht 1% aller Brucheinklemmungen. — Äußerst lesenswert ist der Abschnitt über Erkrankungen, bedingt durch Meckel'sches Divertikel, deren Verf. aus der internationalen Literatur 315 Fälle tabellarisch zusammenstellt. Ein Bestehenbleiben dieses Blindsackes findet sich bei 2% aller Menschen. Den wichtigsten Prozentsatz seiner Erkankungen bilden die infolge von Verwachsungen, bei denen ein Ring entsteht, durch welchen die Darmschlingen hindurchschlüpfen und durch Knickungen Darmverschluß hervorrufen können. Diese Verwachsungen (90 Fälle), am meisten nach dem Nabel (23 Fälle) oder nach dem Gekröse zu (40 Fälle), können angeboren oder entzündlichen Ursprunges sein. Nekrosenbildungen und Perforation des Divertikels (meist an der Spitze, wie bei dem Wurmfortsatz) sind in 30 Fällen beschrieben. — Was die

bei intestinalen Nekrosen gefundene Bakterienflora angeht, so erachtet Verf. die pyogenen Kokken als die eigentlichen Urheber, die beim längeren Hinziehen des Prozesses meist vom Bakterium coli commune überwuchert werden, so daß sie kaum noch oder schon nicht mehr nachgewiesen werden können. Die Wirkung der Streptokokken und Staphylokokken verhält sich im Darmkanal absolut gleich der an anderen Körperstellen (gangränöse Dermatitis, Stomatitis, Tonsillitis usw.) beobachteten.

Eine Betrachtung zahlreicher Fälle von Darmnekrosen in der Tierpathologie beschließt die beachtenswerte Arbeit.

H. Ebbinghaus (Berlin).

---

9) **Stankiewicz.** Grenzen der Radikaloperation freier Leistenbrüche.

(Gaz. lekarska 1904. Nr. 20 u. 21.)

Es ist eigentlich eine Monographie über die Radikaloperation. Als Gegenanzeige derselben führt Verf. an: Herzfehler, Lungenerkrankungen, allgemeine Kachexie, Nierenentzündung, sehr jugendliches und sehr hohes Alter. Unter den Operationsmethoden hebt er insbesondere die von Bassini und Kocher mit Recht hervor. Bei Gelegenheit der Autopsie eines vor einem Jahre nach Kocher's Methode Operierten fand Verf. den Leistenkanal stark verengt, den verlagerten Bruchsack in Form eines fibrinösen Stranges fest mit der Umgebung verwachsen. Zum Schluß gibt er eine Sterblichkeitsstatistik, welche im steten Abnehmen ist (25% bis zum Jahre 1880; 9,5% nach Kocher im Jahre 1890 und 0% im Jahre 1895; Coley hatte 1901 und 1902 bei 1003 Operationen nur 2 Todesfälle).

Bogdanik (Krakau).

---

10) **Hoche.** La linite plastique.

(Revue méd. 1903. November u. Dezember.)

Die Linitis plastica, die Sklerose der Magenwand, kann die anatomische Folge sehr verschiedener pathologischer Prozesse sein. Mag man nun eine primäre, essentielle, submukös beginnende, ev. angeborene Sklerose oder nur eine sekundäre infolge von Karzinom, chronischem Ödem durch Verlegung von Lymphbahnen, Gastritis chronica, Arteriosklerose usw. anerkennen, praktisch am wichtigsten bleibt immer die Frage, ob ein Karzinom zugrunde liegt oder nicht. Bei den in den letzten Jahren veröffentlichten Fällen wurde meist eine karzinomatöse Infiltration nachgewiesen, so auch in den fünf Fällen des Verf. Bei drei Kranken blieb die diffuse Infiltration auf die Magenwand beschränkt, zweimal waren perigastritische Verwachsungen vorhanden.

Ätiologisch am wichtigsten ist das Magengeschwür, und zwar das vernarbte. Bei der rein fibrösen Linitis geht die submuköse fibröse Hypertrophie von dem entzündlichen Narbengewebe des ehemaligen Geschwürsgrundes aus. Hiermit stimmt der häufige Sitz

der Linitis in der Pylorusgegend überein. Ist die Magensklerose die Folge eines infiltrierenden Karzinoms, so kann das Karzinom primär oder infolge eines chronischen Magengeschwüres sich entwickelt haben. In letzterem Falle dringen, wie der mikroskopische Befund in H.'s Fällen ergab, die Krebszellen in die bereits früher vorhandene entzündliche Sklerose ein, und es tritt eine vollkommene Verschmelzung der bindegewebigen und epithelialen Elemente ein. Die entzündliche Sklerose hindert das rasche Vordringen der Krebszellen, und so kommt der chronische Verlauf des Scirrhus zu stande. Seltener scheint sich die Linitis plastica direkt im Anschluß an eine karzinomatöse primäre Entartung der Magenschleimhaut zu entwickeln.

Mohr (Bielefeld.)

---

11) **W. Pasteur.** Note on the value of hot water injections as a substitute for nutrient enemata in the treatment of gastric ulcer.

(Lancet 1904. Mai 21.)

Verf. empfiehlt auf Grund seiner jetzt $1^1/_2$jährigen Versuche, die bei Magengeschwür bislang allgemein gebräuchlichen Nährklistiere durch einfache Warmwasserklistiere (38°) zu ersetzen. Begonnen wird mit 150 ccm-Klistieren, alle 4—6 Stunden, die nach dem Grade der Kontinenz bis auf 300 ccm gesteigert werden. Irgendwelche Wasser- oder Eisdarreichung auf natürlichem Wege ist unnötig und auch bei der Geschwürsbehandlung absolut zu verwerfen. Die Methode ist einfacher und leistet nach Verf. mindestens ebensoviel wie die rektale Einverleibung von Nährstoffen; die Pat. fühlten sich sehr wohl und hielten sich bis zu 8 Wochen vorzüglich. Nach Verf. wird, wie aus diesen Beobachtungen deutlich hervorgeht, dem Nährwerte der Nährklistiere eine zu hohe Bedeutung zugeschrieben.

H. Ebbinghaus (Berlin).

---

12) **H. Noesske.** Zur Wertschätzung der Jejunostomie nebst Bemerkungen über die Gastroenterostomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXII. p. 1.)

In der Kieler Klinik, aus welcher die Arbeit hervorgegangen ist, sind 11 Fälle von inoperablem Magenkarzinom der Jejunostomie unterzogen. Wenn auch der therapeutische Gesamterfolg naturgemäß kein sonderlich erfreulicher war, haben sich doch wichtige Gesichtspunkte für eine allgemeine Wertschätzung dieser ja noch wenig beliebten Operation ergeben. Abgesehen davon, daß die Operation in keinem Falle zur unmittelbaren Todesursache geworden ist, bewirkte sie in einigen Fällen, daß die Kranken, welche vorher selbst flüssige Kost zu schlingen und verdauen außer Stande waren, wenige Tage später auch wieder auf natürlichem Wege flüssige und selbst feste Kost in kleineren Portionen nehmen und verdauen konnten. Diese Fähigkeit hielt sich wochenlang und kann nur

durch ein Wiederdurchgängigwerden des stenosierten Pylorus infolge seiner zeitweisen völligen Ruhigstellung durch die Fistel erklärt werden, ein Vorgang also, der dem Durchgängigwerden von Dickdarmstenosen nach künstlicher Afterbildung an die Seite zu setzen ist. Daß die Jejunostomie diesen Erfolg herbeizuführen vermag, ist kein geringer Vorzug der Operation, und N. setzt in ausführlicher Weise auseinander, daß dieselbe eine ungleich häufigere Anwendung namentlich im Vergleiche zu der allzu häufig angewandten und mit manchen Mängeln behafteten Gastroenterostomie verdienen dürfte. Nach Anlage einer Magendarmfistel muß nach wie vor zunächst doch der Magen zur Speisenzufuhr benutzt werden; es wird also demselben nicht, wie bei der Jejunostomie, eine absolute Funktionsruhe gewährt; häufig bleiben dann auch die Resultate der Magendarmfistel dürftig oder sind gleich Null, und wenn auch Anfangs das Resultat leidlich war, sind häufig noch nachträglich peptische Magengeschwüre an der Anastomosenöffnung zu fürchten. Allen diesen Übelständen geht die einfache Jejunostomie aus dem Wege, die sich sehr gut nicht nur bei bösartigen Pylorusengen empfiehlt. N. wünscht ihr besonders bei den gutartigen Magenleiden, z. B. Geschwür und Pylorospasmus, eine ausgedehnte Anwendung, sowie beim Duodenalgeschwür. Was die Technik anlangt, so wurde median laparotomiert, das Jejunum etwa 25 cm unterhalb des Duodenums vorgezogen. Auf der konvexen Darmseite 3—4 cm lange Längsschlitzung bis in die Muscularis hinein. Nach Anlegung von 3—4 quer laufenden, durch die etwas gelockerten Serosaränder gehenden feinen Seidenfäden, die zunächst nicht geknotet werden, wird nahe am unteren Ende des Darmschlitzes die Schleimhaut so weit geöffnet, daß ein feiner, ca. 4—5 mm dicker Gummischlauch in den Darm eingeführt werden kann. Derselbe wird gut 10 cm in den abführenden Darmteil versenkt. Dann rasche Knotung der Serosanähte, welche über den Schlauch verlaufen, behufs Versorgung der Darmöffnung, ferner fortlaufende Vernähung der Serosa über dem Schlauche, so daß der letztere in einen von Serosa gebildeten Kanal zu liegen kommt. Befestigung der Serosa an das Peritoneum parietale, Bauchnaht. Zur Nahrung diente ein Brei von Tropon, Butter, Pepton, Eier, Kartoffeln usw., später auch Fleisch, teils mit Spritze, teils mit Irrigator in Portionen von 150—200 ccm 6mal täglich zugeführt. In einem Nachtrag berichtet N., daß neuerdings Helferich das fisteltragende Darmstück nicht in der Medianlinie, sondern am äußeren Rande des linken Rectus in der Bauchwand befestigt hat, wodurch dasselbe eine mehr der Norm entsprechende Lage erhält. Der Bauch wurde zunächst in der Mittellinie geöffnet und von hier aus die richtige Darmschlinge vorgesucht, die dann durch den zweiten angelegten Bauchschnitt am Rectusrande herangezogen wurde.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **A. v. Generaich.** Über Unterbindung des Darmes. Experimentelle Studie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLI. Hft. 1.)

Die Versuche, welche Verf. an 16 Hunden und 6 Enten anstellte, bilden eine Ergänzung zu der gemeinsam mit K. Borszéki veröffentlichten Arbeit des Verf.: »Beiträge zur Lokaldiagnose der inneren Darmokklusionen und zur Frage der Autointoxikation« (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV). Sie bezwecken, die näheren Vorgänge festzustellen, welche sich beim Verschluß des Darmes durch Unterbindung abspielen, sowie das Verhalten der einzelnen Schichten des Darmes zu untersuchen.

Von den 16 Hunden starben 6, und zwar drei an Peritonitis, einer an Gangrän des Darmes, zwei infolge Erschöpfung.

Die Erfahrungen über die durch die Unterbindung des Darmes hervorgerufenen Krankheitserscheinungen und die am Darm sichtbaren makroskopischen Veränderungen werden folgendermaßen zusammengefaßt. Wenn man bei Hunden oder Enten den Darm mittels Seidenfaden stark unterbindet, so durchschneidet der Faden den Darm, der Darm vereinigt sich wieder, der Weg wird frei, das Tier bleibt am Leben und in 2—3 Wochen ist sein früheres Darmlumen fast vollständig hergestellt. Das Erhalten des Tieres hängt in erster Linie davon] ab, wie stark der Faden geschnürt ist. Falls die Ligaturschlinge den Darm stark zusammenschnürt, durchschneidet sie den Darm am 4.—5. Tage (bei Enten am 9. Tage) und die mittlerweile schon zustande gekommene Verwachsung oberhalb des Fadens widersteht der Perforation, die Darmpassage wird frei und das Tier bleibt am Leben. Wenn der Faden nur locker angezogen wird und erst am 6.—10. Tage oder überhaupt nicht durchschneidet, so verendet das Tier infolge Erschöpfung an Ileus.

Die histologischen Untersuchungen der Ligaturstellen ergaben, daß die einzelnen Darmschichten den Ligaturfaden nicht in gleichem Grade widerstanden. Das Endothel der Serosa, die Drüsenschichten und die Längsmuskulatur sind schon innerhalb der ersten Stunden vernichtet. Länger widersteht die zirkuläre Muskelschicht. Die Bindegewebsschicht der Schleimhaut und die Submucosa zeigt sich unter allen Schichten am meisten resistent und widersteht auch am längsten dem Drucke des Fadens. **Blauel** (Tübingen).

---

14) **Monprofit** (Angers). Un nouveau procédé de résection du gros intestin.

(Arch. provinc. de chir. 1904. Nr. 3.)

M.'s Verfahren bei der Resektion von Dickdarmgeschwülsten bezweckt im wesentlichen, die an den Resektionslinien besonders leicht zum rezidivieren neigenden Darmstümpfe für die Enteroanastomose möglichst unbenutzt zu lassen, damit im Falle eines Rezidives

die Darmdurchgängigkeit nicht von vornherein wieder in Frage gestellt wird. M. vernäht deshalb beide Dickdarmöffnungen und pflanzt dann an zwei Stellen das quer durchtrennte Ileum in das distale Dickdarmstück ein, so daß die Dickdarmabsonderungen möglichst nach dem Mastdarm geführt werden. **Stolper** (Göttingen).

---

15) **Becker.** Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Mastdarmprolapses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLI. Hft. 1.)

Verf. empfiehlt folgende in 7 Fällen bei Kindern, in 4 Fällen bei Männern mit gutem Erfolg angewandte Methode der Operation des Mastdarmvorfalles: Nach mehrtägiger Abführkur wird der Vorfall mit Klemmen herabgezogen. Darauf umkreist ein ringförmiger Schnitt den After an der Haut-Schleimhautgrenze, durchdringt jedoch nur die Haut. Es wird dann vorsichtig die Schleimhaut des Vorfalles nach unten abgelöst, bis gegen dessen Spitze hin. Die somit breit angefrischte zylindrische Fläche des Mastdarmrohres wird nun zu einem verengenden Wulst am After dadurch gestaltet, daß man mit Seide oder Jodcatgut ca. 1 cm vom kreisförmigen Anfrischungsrande durch die Haut des Afters ein- und in der angefrischten Darmwand aussticht. Die Aufraffung geschieht nun weiter durch Ein- und Ausführen des Fadens in kleinen Zwischenräumen, bis man zuletzt durch die Schleimhaut aussticht. Gleichzeitig wird allmählich der abpräparierte Schleimhautzylinder abgetragen.

Die äußere Nahtstelle wird zum Schutze vor Infektion mit einer Aufschwemmung von Dermatol in Borwasser eingerieben.

Blauel (Tübingen.)

Kleinere Mitteilungen.

Aufklappen des Rippenbogens wegen undurchgängiger Narbenstriktur der Speiseröhre.

Von

Dr. **Willi Meyer** in Neuyork.

In Anbetracht der erst vor Kurzem gemachten Mitteilung Marwedel's über »Die Aufklappung des Rippenbogens zur Erleichterung operativer Eingriffe im Hypochondrium und im Zwerchfellkuppelraume« (dieses Blatt 1903 Nr. 35) dürfte folgender Fall einiges Interesse bieten:

Im Februar 1896 verschluckte S. F., damals ein Knabe von 6 Jahren, aus Versehen eine größere Menge Kalilauge. Sofortige Ausheberung des Magens. Baldiges Auftreten von Schlingbeschwerden, die 10 Tage später seine Aufnahme in eins der hiesigen Hospitäler notwendig machten. Nach einmonatiger Behandlung Gastrotomie mit sofortiger Durchtrennung der sich bildenden Striktur, mit Hilfe eines durchgeführten Seidenfadens, nach der von Abbé vorgeschlagenen Methode. Danach Besserung, so daß Pat. bald wieder anfing auf normalem Wege zu schlucken. Trotz sorgfältiger Nachbehandlung im Hospital nahm die Narben-

kontraktur aber stetig zu. Nach Jahresfrist war die Striktur auch für die kleinste Sonde undurchgängig und die Anlegung einer permanenten Magenfistel notwendig. Dieselbe wurde im selben Hospital nach Witzel's Methode ausgeführt. Pat. verließ bald die Anstalt.

7 Jahre lang wurde er dann nur durch die Magenfistel ernährt und blieb in der Entwicklung beträchtlich zurück.

Anfang September 1903 Aufnahme ins Deutsche Hospital. Speiseröhre absolut undurchgängig. Ösophagostomie in der Hoffnung, von hier aus die Striktur zu entrieren (Hilfschirurg Dr. Torek). Als ich den Pat. am 21. September zum erstenmal untersuchte, stießen Bougies verschiedenster Dicke, durch die Speiseröhrenfistel eingeführt, ca. 6 cm unterhalb auf ein unüberwindliches Hindernis. Wiederholt gemachte Versuche, mit Hilfe des elektrischen Cystoskops im wassergefüllten Magen die Cardia zu finden, blieben ebenso erfolglos. Man sah an der Stelle eine unregelmäßige Narbe mit zickzackartigem Rande, aber kein Lumen. Auch die direkte Inspizierung der Cardiagegend im luftgefüllten Organe mit Hilfe des in Rochester (im Staate Neuyork) hergestellten Cystoskops, sowie ebenfalls mittels urethroskopischer Röhren, ließen den Eingang in die Cardia nicht erkennen. Die Hoffnung, die Speiseröhre auf retrogradem Wege zu passieren, mußte aufgegeben werden.

Wir attackierten daher nun wieder den oberen Eingang der Verengerung durch die künstliche Speiseröhrenfistel. Nach Einführung einer Kelly'schen cystoskopischen Röhre, Nr. 10, und einer kleinen, nicht im Lumen derselben fixierten, sondern an einem gebogenen Draht befestigten, frei beweglichen, elektrischen Lampe, bei hängendem und nach rechts gedrehtem Kopfe des Pat., wurde der obere Eingang in die Striktur in höchst charakteristischer Weise sichtbar. Das Bild entsprach genau einer Cervix uteri. Aus einem kleinen zentralen Loche wurden, synchronisch mit der Respiration, Luftblasen eingesogen und ausgestoßen. Nach wochenlanger Behandlung, meist unter allgemeiner Narkose (wegen zu großer Schmerzen), und schrittweiser Erweiterung des oberen Abschnittes der Verengerung durch eingelegte Laminariastiftchen, ließ sich endlich eine silberne Sonde, Nr. 6 der französischen Skala, so weit nach nach unten einführen, daß sie, nach Messung auf der Außenseite des Thorax, den Magen erreicht haben mußte (Gummibougies, so oft sie auch versucht wurden, bogen sich jedesmal auf dem Wege nach unten um). Cystoskopische Untersuchung des Magens bei liegender Sonde ließ das untere Ende der letzteren aber nicht erkennen; ebenso wenig gelang es, dasselbe mit gekrümmten, durch die Magenfistel eingeführten Metallsonden zu berühren. Schlußfolgerung: Das untere Ende der Sonde befindet sich in einem falschen Weg oberhalb des Zwerchfelles. Nach mehrfach wiederholten Versuchen mit gleich ungünstigem Resultate beschloß ich, die Cardia operativ nach Marwedel anzugreifen. Gleichzeitige Aufgabe war, die gut funktionierende Magenfistel möglichst intakt zu erhalten. Der Hautschnitt durfte deswegen nicht, wie Marwedel angegeben, parallel dem Rippenrande verlaufen, sondern mußte so geführt werden, daß die Magenfistel nach links und unten aus dem Bereiche des Operationsgebietes blieb.



Am 21. Dezember Operation: V-förmige Inzision, mit abgerundeter Spitze, vom lateralen Ende des 7. Rippenknorpels abwärts; der andere Schenkel kreuzt (s. Fig.) die Knorpel der 7.—10. Rippe an ihrer Verbindung mit den letzteren. Nach starkem Herabziehen der Abdominalhaut bei gleichzeitiger Hebung der Lumbalgegend mit rundem Kissen wird eine narbenfreie Stelle oberhalb der früheren Inzisionen ganz dicht unter dem Rippenbogen, der Konvexität des V entsprechend, durchtrennt, welche die äußere Magenfistelöffnung ca. $1^1/_2$ cm links und unterhalb läßt. Eröffnung des Abdomens; Durchtrennung des 7. Rippenknorpels mit dem Messer nahe dem Sternum, sowie des 10., 9., 8. und 7. an der Außenseite, dicht an deren Verbindung mit der Rippe. Aufklappen des Lappens nicht ganz frei; derselbe wird an der Innenseite, in der Nähe der Magenfistel, trotz starken Zuges mit eingesetzten scharfen Haken, etwas zurückgehalten. Mit Rücksicht auf die Magenfistel wird der Zug nicht übermäßig forciert. Die Vorderwand des Magens oberhalb und nach links von der Fistel wird aber gut erreicht. Ausfüllen der Zwerchfellkuppe mit großen Tampons von aseptischer Gaze in ausgesprochener Trendelenburg'scher Lage; Anschlingen der vorderen Magenwand mit vier Seidenfäden; Durchtrennung mit 8—9 cm langer Querinzision; Einlegen breiter Spekula. Besichtigung der Cardiagegend mit in den Magen eingeführter elektrischer Lampe. Öffnung wird nicht gefunden. An der linken Seite des Fundus, ca. 4 cm unterhalb der Stelle, wo die Cardia hätte liegen müssen, sieht man eine schlitzförmige kleine Öffnung, aus der sich ab und zu minimale Luftblasen entleeren. Feine, biegsame und starre Sonden durch dieselbe nach oben eingeführt, stoßen auf ein absolutes Hindernis, berühren auch nicht die in Horizontallage wieder von oben in den Ösophagus eingeführte lange Metallsonde. Nach längeren vergeblichen Versuchen, das Lumen der Speiseröhre von unten zu entrieren, wird schließlich eine lange, schmale, leicht gebogene Kornzange auf die oben erwähnte deutlich erkennbare sternförmige Narbe in der Cardiagegend aufgesetzt und unter mäßigem Druck durch dieselbe nach oben gestoßen. Luft dringt in der evertierten Lage des Kranken sofort hörbar aus und ein; aber durch diese Öffnung bei gespreizten Branchen der Kornzange eingeführte Instrumente berühren nicht die noch in der Speiseröhre liegende Sonde, passieren auch nicht weiter nach oben, nachdem letztere entfernt ist. Kurz bevor dieser letzte Schritt unternommen, war ein ziemlich lautes, krachendes Geräusch wahrgenommen: Untersuchung zeigte, daß der osteoplastische Lappen auffällig nachgegeben hatte und die Wölbung des Zwerchfelles nun ganz frei vor Augen lag. Mit der Hand konnte man, die Cardia umgehend, sogar die Speiseröhre in toto im Zwerchfellkuppelraume nach unten ziehen. Dabei zeigte sich, daß die vorgeschobene Kornzange die Magenwand nicht verletzt hatte. Die Magenfistel schien unversehrt zu sein.

Zu meinem großen Leidwesen erlaubte der Zustand des Pat. nicht, eine weitere Inzision in die Magenwand, direkt an der Cardia und nach dieser hinlaufend, zu machen. Deshalb Schluß der Magenwunde mit doppelter Lembert-Naht; Wiedereinpassen des osteoplastischen Lappens und Naht der Hautwunde ohne Drainage.

Reaktionslose Heilung. Zuerst rektale Ernährung; vom 4. Tage an Fütterung durch die Magenfistel; dieselbe funktioniert ungestört. Pat. hat sich sehr erholt und wird forciert ernährt[1].

Ich beabsichtige, nach einiger Zeit den Lappen von neuem aufzuklappen und das obere Ende des Magens dicht an der Cardia zu inzidieren, die kleine, luftblasenausstoßende Öffnung links am Fundus wieder aufzusuchen und auf eingeführter Hohlsonde die Magenwand hier von innen her mit dem Paquelin zu durchtrennen, in der Hoffnung, auf diese Weise den Weg nach oben zu finden. Ich glaube, daß jene Öffnung das verengte und verzogene Cardialumen repräsentiert. Man könnte auch daran denken, den unteren Abschnitt der Speiseröhre

[1] Er wurde am 27. Januar d. J. in der Neuyorker chirurgischen Gesellschaft vorgestellt.

oberhalb des Zwerchfelles in der Sauerbruch'schen Kammer direkt anzugreifen.

Trotz des leider nicht erreichten Zieles spornt die mitgeteilte Krankengeschichte vielleicht andere Kollegen an, in ähnlichen Fällen das unterste Ende der Speiseröhre Augen und Instrumenten zugängig zu machen, unter vollem Intakthalten der früher angelegten Magenfistel.

Jedenfalls hat die Operation mir bewiesen, in welch trefflicher Weise wir durch Aufklappung des Rippenbogens zu den für gewöhnlich im Zwerchfelkuppelraume verborgenen Abschnitten der betreffenden Organe auch unter erschwerenden Umständen Zugang erlangen können.

Ich glaube, durch die Operation dürften sich auch mit Vorteil noch Magenresektionen ausführen lassen, welche unter gewöhnlichen Umständen wegen Sitz resp. Schwierigkeit, die erkrankten Magenabschnitte genügend vor den Rippenbogen ziehen zu können, technisch unmöglich erscheinen.

Neuyork, 20. Mai 1904.

---

16) Congrès français de chirurgie.

(Seizième session, tenue à Paris du 19. au 24. Oct. 1903.)
(Revue de chir. XXIII. ann. Nr. 11.)

(Fortsetzung.)

Hals und Rumpf.

J. L. Faure (Paris). Pharyngotomia transhyoidea behufs Entfernung von Geschwülsten der Regio glosso epiglottica.

Nach Entfernung je eines großen Drüsenpakets unterband F. beiderseits die Carotis ext.; darauf mediane Spaltung, Exzision des Os hyoid. und Tracheotomie. Die große zweilappige Geschwulst ließ sich dann leicht entfernen. Die Kanüle verblieb 2 Monate. Seit 10 Monaten ist Pat. geheilt.

Diskussion. Moure (Bordeaux) hat nach dem gleichen Verfahren eine derartige Larynx- und Trachealstenose gesehen, daß 1 Jahr nach der Operation die Tracheotomie gemacht werden mußte, wobei sich die Einführung der Kanüle sehr mühsam gestaltete.

Broca (Paris) hat etwa 30mal das Os hyoid. bei Operationen wegen angeborener Halsfisteln entfernt, ohne davon späterhin Nachteile gesehen zu haben wie M. sie berichtet.

Cartex (Paris). Operationstechnik der Laryngotomie und Laryngektomie.

Hinweis auf die technischen Schwierigkeiten, welche das Eindringen des Blutes in die Kanülen bezw. die Vermeidung dieses Ereignisses bietet im Anschluß an einen vorgestellten Fall von Laryngektomie bei einem 66jährigen Manne.

Gaudier (Lille). Entfernung einer großen Geschwulst aus dem unteren Teile des Rachens mittels Pharyngotomia transhyoidea.

Operation in Rose'scher Hängelage; die Geschwulst hatte die Größe einer Apfelsine; Kanüle nach der Operation entfernt. Etwa 3 Wochen bestanden Schluckbeschwerden, die zur Sondenernährung nötigten.

Vidal (Périgneux). Die Dauererfolge der chirurgischen Behandlung der genuinen Epilepsie.

V.'s günstige Erfolge stechen wesentlich ab gegen die von Jonnesco, Chipault, Jaboulay. V. operiert nur Kranke, bei denen Amylnitrit den Anfall im Entstehen kupiert, weil bei diesen von einer chronischen Vasodilatation etwas zu hoffen ist. Nur bessere Kranke, die nicht zu viel Brom gebraucht hatten, wurden operiert und nachher einer hygienisch-moralischen Nachbehandlung unterzogen. Die Entfernung der Cervicalgeflechte muß eine recht vollständige sein, besonders am Gangl. suprem., wo sie recht schwierig ist. V. spritzt hier noch Kokain in das Ganglion, um Reflexe zu vermeiden.

Chavannaz (Bordeaux). **Neue Behandlungsmethoden des Brustkrebses.**

Statistik über 30 Fälle, die nach Halstead und Meyer operiert wurden; nur 9 reichen über 3 Jahre zurück; von diesen leben noch 3; unter diesen ist ein Fall bemerkenswert durch die Größe seiner Ausdehnung — jetzt 3 Jahre und 4 Monate ohne Rezidiv.

Reynès (Marseille). **Behandlung inoperabler Brustkrebse durch die Entfernung beider Ovarien.**

Ermutigt durch die Erfolge von Beatson (Edinburg) hat R. einer Frau mit doppelseitigem Brustkrebs (von Cornil als solcher mikroskopisch anerkannt) mit Achseldrüsen beide Eierstöcke fortgenommen. Nach 5 Monaten besteht keine Ulzeration, ja, fast keine Geschwulst mehr. »C'est un merveilleux resultat!«

E. Doyen (Reims). **Die Heilwirkung des Serum antinéoplasique.**

80 Kranke sind mit Einspritzungen dieses Serums behandelt worden, davon sind 14 noch zu kurze Zeit beobachtet, um beweisend zu sein; von den übrigen 66 sind etwa 48 teils zu spät, teils unregelmäßig behandelt worden und blieben ohne Einwirkung. 18 Kranke hingegen — davon mehrere mit unoperablen, ausgedehnten Neubildungen, ein Hodensarkom, ein rezidiviertes Magenkarzinom, ein Epitheliom des Tränensackes — wurden in bemerkenswerter Weise beeinflußt: breit ulzerierende Flächen kamen zur Überhäutung, Drüsenmetastasen schwanden, ebenso die Neubildungen selbst.

»Die Behandlung der bösartigen Neubildungen ist in eine neue Phase eingetreten; von der frühzeitigen Anwendung des Sérum antinéoplasique kann der Stillstand und selbst die Rückbildung der Zerstörungsherde erwartet werden.«

Diskussion. Pozzi (Paris) gibt seiner Verwunderung Ausdruck, daß Doyen bisher weder Zusammensetzung noch Darstellungsweise des Serums veröffentlicht habe; so lange dies nicht geschehen sei, müsse dies als »Geheimmittel« betrachtet werden.

Doyen hat nie die Abgabe des Serum verweigert, dessen Darstellung er als sein Monopol betrachte.

Tailhefer (Béziers). **Ein Fall von Galaktokele.**

Was die Beobachtung auszeichnet, ist das Fehlen der Laktose im Sekret, welches eine dem Friedländer'schen Pneumobasillus ähnliche Bakterienart enthielt. Die mannskopfgroße Cyste wurde ihrer Flüssigkeit durch Aspiration entleert, die Wände abgekratzt.

Bauch. Verdauungsorgane.

E. Vidal (Périgneux). **Chirurgische Behandlung des Ascites.**

V. zieht die Wirksamkeit der Operationen, die bei Lebercirrhose eine Herstellung von Kollateralen bezwecken, in Frage. Der Ascites sei Folge von Phlebitis, nicht von Überdruck. Dagegen seien die Blutungen durch Spannung bedingt, und er habe in einem Falle eine direkte Anastomose zwischen Vena portae und Vena cava hergestellt. Leider starb der Kranke 4 Monate später an septischer Endophlebitis.

Delagénière (Mans). **Der retrograde Katheterismus des Ösophagus vom Magen aus bei undurchgängigen Strikturen.**

Zu seiner ersten Publikation bringt D. zwei neue Fälle bei, und er stellt folgende Thesen auf:

1) Die Gastrotomie an der vorderen Wand gestattet eine genaue Absuchung des Magens. 2) Der Katheterismus der Speiseröhre gelingt leichter von unten nach oben wie umgekehrt, weil die ampullären Erweiterungen oberhalb der Striktur hinderlich sind. 3) Es ist vorteilhaft, eine Ösophagussonde einzulegen: sie gestattet die Ernährung in den ersten Tagen, ohne daß der Verband gestört zu werden braucht und erweicht die verengende Narbe. 4) Die Anlegung der Magenfistel ist unerläßlich. 5) Die Erweiterung (Dehnung) eignet sich nur für Narben-

strikturen und muß langsam zunehmend ausgeführt werden mit Hilfe von Gummisonden (die Olive hatte ihm einen Todesfall verursacht).

Diskussion. Froelich (Nancy) hatte drei Kinder mit Ösophagusstriktur zu behandeln. In einem der Fälle war die Gastrotomie erforderlich; bei den anderen wurde die Elektrolyse erfolgreich angewendet.

Delagénière konnte nicht zur Elektrolyse greifen, da die Strikturen unpassierbar waren.

Roux findet den retrograden Katheterismus leicht und einfach und hat nur gutes von ihm gesehen.

Broca ist es in einem Falle absolut nicht geglückt, rückläufig die Dilatation zu erreichen.

Phocas (Athen). Ösophagusdivertikel.

Leider fehlt im Referat die Angabe des Sitzes. P. hat unter Lokalanästhesie einen Teil des Sackes reseziert und so das Rohr beträchtlich verengert. In dieser Form ist die Operation von günstiger Prognose. 3 Todesfälle auf 15 Operierte (nehme kongenitales hochsitzendes Divertikel an).

Diskussion. Depage (Brüssel) glaubt auch, daß die Gastrotomie gegenüber der Resektion der Divertikel zurücktreten müsse, und daß die allgemeine Narkose sehr wohl dabei verwendet werden könne.

Girard hält die Resektion des Divertikels gar nicht für so harmlos, besonders weil die Lichtung desselben eröffnet werde, und empfiehlt seiner früheren Publikation (Semaine méd. 1890 p. 423) entsprechend die Invagination.

Reynier. Es gibt Divertikel, die so tief sitzen, daß keine Exstirpation möglich und nur die Gastrotomie auszuführen ist.

Reynier (Paris). Postoperative Magenlähmungen.

Es handelt sich um eine bei besonders Disponierten auftretende Paralyse, die nach Laparotomien oder auch extraperitonealen Eingriffen am 2., 3. Tage sich entwickelt, ohne nachweisliche Infektion, was durch das Fehlen von Temperaturerhöhung bekräftigt wird. Unter Auftreibung des Magens, ängstlichem Gesichtsausdrucke stellt sich Schluksen, dann Erbrechen schwarzbräunlicher (veränderter Blut-) Massen ein. R. vergleicht es mit dem Bluthamen bei brüsker Entleerung überdehnter Harnblasen (!). Von der Peritonitis unterscheidet sich die Magenlähmung durch relative Weichheit des Leibes, Fehlen der Druckschmerzen und der Kontraktur, Abgang von Winden. Die Behandlung besteht in frühzeitiger — event. wiederholter — Magenwaschung mittels Vichywasser; daneben Strychninabführmittel.

Depage (Brüssel). Neue Methode der Gastrostomie.

Von ihm 6mal mit Erfolg ausgeführt. Aus der Vorderwand des Magens wird ein Lappen ausgeschnitten, hochgeklappt und nach Schließung der Lücke im Magen durch Fortführung der Naht zu einer Röhre geformt, deren oberes Ende in die Haut eingenäht wird. Demonstration eines nach mehreren Monaten durch Autopsie gewonnenen Präparates, an dem die Klappenwirkung deutlich zu erkennen ist.

Mauclaire (Paris). Langsam wachsendes Pyloruskarzinom.

25jähriges Mädchen klagt seit 1896 über den Magen; 1898 beträchtliche Pförtnergeschwulst. Es wurden der Reihe nach ausgeführt Gastroenterostomie 1898; teilweise Pylorektomie 1901; Gastroenterostomia ant. 1902; Explorativlaparotomie 1903. Die Neubildung greift auf Duodenum und Bauchfell über.

Auvray (Paris). Magenverletzung.

Das Hauptinteresse bieten die Verletzungen der hinteren Magenwand. Technik der Aufsuchung ganz im Sinne der Abhandlung von Forque und Jeanbran (Revue de chir. XXIII. ann. Nr. 9, 10 u. 12); desgleichen Besprechung der Kontusionen der Schleimhaut der Rückwand, die er durch — event. 5frankstückgroße — Exzision behandelt wissen will.

Goullioud (Lyon). 1) Pylorektomie wegen Leiomyoma malignum des Magens.

G. hat 1889 einen ersten Fall (v. Laroyenne wurde eine Netzmetastase operiert) veröffentlicht. Diesen zweiten hat er selbst operiert, vorläufig mit dem Erfolg, daß der Kranke 4 kg zugenommen hat. Der abgemagerte, 54jährige Kranke trug eine kindskopfgroße Geschwulst von ziemlicher Härte und Beweglichkeit in der Gegend der Gallenblase. Besondere Verdauungsstörungen fehlten. Der charakteristischen Struktur wegen empfiehlt er den Namen Leiomyoma an Stelle des häufiger genannten Myosarkom.

2) Die Narkose in Absätzen in der Magen-Darmchirurgie.

Das Peritoneum des Darmes und Magens ist, wie Lennander gezeigt hat, gegen Stich, Schnitt und Verschorfung unempfindlich. Deshalb soll man besonders geschwächten Individuen dies zugute kommen lassen und bei Bauchoperationen die Narkose aussetzen, sobald nur an den Eingeweiden gearbeitet wird. G. teilt sonach die Narkose in drei Zeiten: 1) die der Öffnung des Leibes, der Orientierung und Vorlagerung der Eingeweide: Äthernarkose; 2) Behandlung der Eingeweide: oberflächliche Narkose mittels Billroth'schen Gemisches, wo wenig Tropfen genügen, um das Erwachen zu verhüten. 3) Wiederaufnahme der tiefen Narkose zur Rücklagerung der Eingeweide und Naht.

Pauchet (Amiens). Die Anwendung des Murphyknopfes in der Magen-Darmchirurgie.

Innerhalb der letzten 15 Monate hat P. ihn 42mal benutzt und glaubt somit folgende Lehren erteilen zu können:

1) Der Murphyknopf gestattet, manche Operationen sehr schnell auszuführen (hintere Gastroenterostomie in 10 Minuten). — 2) Er trägt viel zur Asepsis der Operation bei, weil die Eingeweide nur kurze Zeit offen gehalten zu werden brauchen. — 3) Die Vereinigung mittels Knopfes ist sehr solid und leidet nicht unter den Bewegungen des Darmes. — 4) Im Notfall ist geschulte Assistenz entbehrlich. — 5) Die dem Knopfe nachgesagten Mißstände sind durch fehlerhafte Anwendung verschuldet; als solche bezeichnet P. a. Mitfassen von Schleimhaut zwischen die Wülste, b. ungleichmäßiges oder unzureichendes Aneinanderpressen der beiden Hälften, c. Serosanaht über dem Knopfe, d. Gebrauch eines schlechten Knopfes. — 6) bezeichnet er es als Irrtum, wenn man glaube, der Knopf könne von Anfängern verwendet werden; die Kenntnis einer guten Naht ist Vorbedingung. Naht und Knopf haben ihre besonderen Indikationen.

Barnsby (Tours). Spontanruptur des S romanum in einem alten Kunstafter; Dünndarmvorfall; Reposition und Heilung.

Der Kunstafter war 3 Jahre vorher wegen karzinomatösen Mastdarmverschlusses bei einem 67jährigen Manne angelegt worden. Infolge eines Sturzes fand die Zerreißung des Dickdarmes statt, wobei das ganze Dünndarmkonvolut vorfiel. 10 Stunden später wurde bei dem fast sterbenden Alten die Reposition und Naht ausgeführt, worauf ungestörte Heilung erfolgte.

Cazin (Paris). Experimentelle Untersuchungen über die Leukocytose nach Bauchkontusionen und Verletzungen.

Bei seinen Versuchen an Hunden fand C. die bemerkenswerte Tatsache, daß nach Kontusionen die Zahl der weißen Blutkörperchen — je nach der Schwere der gesetzten Schädigungen — bereits nach 3 Stunden bis nahezu auf das doppelte und dreifache der normalen Zahlen gestiegen, während sie bei Schußverletzungen, selbst mit mehrfachen Perforationen des Darmes, keine deutliche und schnelle Vermehrung erfahren hatte.

Berthomier (Moulins) berichtet über einen Fall von Darmverschluß durch Narbenknickung unterhalb des linken Dickdarmwinkels.

Forgue (Montpellier). Die Wahl der Operationsmethoden bei hochsitzenden Mastdarmkrebsen.

Während des Verschlußanfalles ist man auf die Laparotomie angewiesen und führt die Anlegung des Kunstafters aus. Derselbe kann definitiv bleiben, oder

man sucht nach Rotter das orale Kolonende in die Ampulle einzupflanzen; oder endlich kann das erstere in die Bauchwunde eingenäht werden und als Kunstafter dienen, während letztere durch Etagennähte verschlossen wird.

Bei Karzinomen, die über die Ampulle hinaufreichen, in die Flexur hinein, hat man zwei Methoden: die kombinierte abdomino-perineale — die F. 2mal ohne Erfolg ausgeführt hat — oder die rein perineale nach Quénu — 7mal mit einem Todesfalle vollzogen.

Ohne das Kreuzbein zu resezieren, ist es möglich, nach breiter Öffnung der Bauchhöhle 21—28 cm Darm und mehr herabzuziehen, indem man nach und nach kleine Teile des Mesorektum abquetscht und durchtrennt. Vor der kombinierten hat die rein perineale Methode den Vorzug erleichterter Asepsis. Bleibt der Levator ani erhalten, erzielt man leidlich kontinenten After.

Diskussion. Tavel (Bern) nimmt am Kreuzbeine sehr hohe Resektionen vor.

Lapeyre (Tours). Behandlung der Karzinome der Mastdarmampulle durch perineale Exstirpation und definitiven Kunstafter.

Der Kunstafter sichert die Asepsis der Operation, verzögert die Rezidive und macht dieselben erträglicher. Der Dammafter nach Mastdarmexstirpationen bietet noch mehr Unannehmlichkeiten wie der leicht zu reinigende, durch Apparate kontinent zu erhaltende Kunstafter.

Hartmann (Paris). Sechs Fälle von Resektion des Ileokolon.

Sie sind — abgesehen vom letzten, der erst vor 5 Tagen operiert wurde und an Pneumonie erkrankt ist — genesen. In einzeitigem Eingriffe quetscht H. die Schlingen durch, stülpt die Enden ein und anastomosiert seitlich. 2mal gab Tuberkulose, 1mal entzündliche Stenose, 3mal Neubildung die Indikation zur Resektion ab.

Diskussion. Delannay (Paris) hat 4mal Gelegenheit gehabt, die gleiche Operation mit Erfolg auszuführen.

Tavel (Bern). 1) Narbige Perikolitis nach Appendicitis.

Durch Mitteilung von sieben Beobachtungen beleuchtet T. die Beschwerden, welche Verwachsungen um Blind- und Dickdarm herum mit sich bringen, wie sie als Überbleibsel der Appendicitis, bezw. nach der Entfernung des Proc. vermif. dem Operateur und seinen Pat. peinlich und lästig werden. Man beachte sie also ganz besonders bei Appendixoperationen, um nicht durch fortdauernde Klagen über Schmerzen und Verdauungsstörungen zur Wiederholung der Operation gezwungen zu werden.

2) Die Bakterienflora des Wurmfortsatzes.

Während im normalen Wurmfortsatze regelmäßig Bakterien gefunden werden, können solche im kranken fehlen; oder doch es sind weniger Spezies vorhanden. Von praktischer Bedeutung ist, daß abgekühlte Abszesse zu etwa 75% steril sind, so daß man bei Vorhandensein kleiner Eiterherde, wie man sie gelegentlich der Entfernung der Appendix à froid öfter antrifft, nicht zu drainieren braucht. Sodann ist anzunehmen, daß nicht die Bakterien allein, sondern die Begünstigung ihrer Entwicklung durch mechanische Hindernisse oder Schleimhauterkrankung die Anfälle von Appendicitis herbeiführt.

Lapeyre (Tours). Darmverschluß durch Appendicitis.

Die drei Kranken, welche L. beobachtet hat, waren noch nicht wegen Appendicitis operiert. Einen derselben gelang es, durch Operation zu retten.

Péraire (Paris). Über Appendicitisoperationen.

Krankenbericht über zehn im Verlaufe eines Jahres operierte und geheilte Fälle; davon wurden zwei in den ersten Tagen des Anfalles, die anderen à froid operiert, einer bei florider Peritonitis. Die beiden erstangeführten Fälle heilten mit resistenter Narbe. Ein entfernter Wurmfortsatz barg in seinem Innern ein Biberhaar.

P. Delbet (Paris). Behandlung der Appendicitis.

D. ist überzeugt, daß man die schweren Appendicitiden immer und sofort operieren solle. Zur Bekräftigung führt er drei abwartend behandelte und töd-

lich ausgegangene Fälle an. Ein andermal, wo man einen Anfall durchaus abkühlen lassen wollte, mußte er am 15. Tage einschreiten: es bestand Gangrän des Blinddarmes; infolgedessen entwickelten sich Kotfisteln, deren Beseitigung zwei weitere ernste Eingriffe (Resektionen) erforderlich machte, ehe Heilung erzielt wurde. Etwas auffallend sind die Schlußsätze: Bei der Appendicitis ist der Eiter Nebensache — die Appendix alles! Man halte sich ans Coecum, suche den Wurmfortsatz und entferne ihn — damit ist's gut!

J. Boeckel (Straßburg i. E.). Spontanruptur eines Leberabszesses ins Becken.

Die kurze Mitteilung bringt sonst nichts Bemerkenswertes. B. hält den Abszeß für tuberkulösen Ursprunges.

Chibret (Aurilles). Operationsmethode der nach Cholecystostomie zurückbleibenden Fisteln.

Umschneidung der Öffnung, vorsichtige subseröse Präparation des Ganges, wennmöglich ohne Eröffnung des Bauchfelles, Abquetschung, Abtragung mittels Paquelin, Versenkung. Es wäre von Interesse, zu wissen, welche Methoden Verf. anwendet, um vorher die Durchgängigkeit der Gallenwege sicherzustellen, desgleichen die Abwesenheit von Steinen in denselben!

Auvray (Paris). Naht einer Leberwunde nach Resektion des knorpeligen Teiles vom Rippenbogen.

Bei Stichverletzungen der Konvexität versäume man nicht, auch die Unterseite zu besichtigen. A. verlor seinen Operierten, weil die Stichöffnung an der Konkavität, die er nicht vermutet hatte, durch Verblutung zum Tode führte. Bei kleinen, mäßig blutenden Verletzungen genügt die Naht der Kapsel, anderenfalls möge man durchgreifende Nähte legen, die nicht von Blutung gesprengt werden können. Bei Wunden, die unter dem Zwerchfell oder doch auf der Höhe der Konvexität liegen, wird die Naht oft nicht ausführbar sein ohne teilweise Resektion des Rippenbogens. Hierzu genügt schon eine kräftige Schere; nach Ablösung der Weichteile, auch am unteren Rande, schneidet A. einfach in vertikaler Richtung den Knorpel durch, hebt die freigewordenen Enden an, schiebt die Muskelfasern der Unterseite ab und luxiert soweit als möglich den knorpeligen Bogen heraus, der dann nach außen und innen durchtrennt wird.

Pauchet (Amiens). Subkutane Milzruptur. Welches ist die beste Schnittführung zur Freilegung der zerrissenen Milz?

Das normal große Organ ist völlig vom Skelett verdeckt; es wird daher weder durch mediane Laparotomie — diese kommt nur als diagnostische in Frage — noch durch laterale genügend Zugang geschaffen. T-förmige Schnitte setzen den Kranken der Eventrationsbildung aus. P. empfiehlt daher die transversale Schnittrichtung in Seitenlage — nötigenfalls wo die vergrößerte Milz dazu zwingt — unter gleichzeitiger Rippenbogenresektion. Der Schnitt erstreckt sich von etwa der Medianlinie ab parallel den Rippen bis an die Lendenmuskulatur; das Bauchfell wird behutsam eröffnet zur Schonung des Mesokolon. Das übrige ergibt sich von selbst.

Christel (Metz).

(Schluß folgt.)

---

17) **Bogdanik.** Siebenjähriger Spitalsbericht aus dem Krankenhause in Biala.

Krakau, Druck von Górski, 1904. 58 S. [Polnisch.]

Autor berichtet über seine siebenjährige Tätigkeit und fügt die Krankengeschichten von 199 Bruchoperationen bei. Es waren 82 eingeklemmte Brüche (53 bei Männern, 29 bei Frauen); davon sind 12 gestorben, also ca. 15%. Die Sterblichkeit war weit größer bei Frauen (9 Fälle = 31%) als bei Männern (3 Fälle = 5,6%). Dem Alter nach waren nur 2 Knaben, 3 resp. 14 Jahre, die übrigen mehr als 20 Jahre alt. Ein Greis von 75 Jahren wurde beiderseits wegen

eingeklemmter Brüche operiert, ein Mann war 81 Jahre alt. Beide Kranke sind genesen.

Die Radikaloperation freier Brüche wurde in 117 Fällen, bei Kindern unter 10 Jahren 41mal vorgenommen. Davon sind 3 gestorben, und zwar eine 54 Jahre alte Frau an Nephritis, Hydrops universalis, ein 14jähriger Knabe an Herzfehler, ein 3jähriges Mädchen an Tuberkulose. Bei letzterem fand sich im Bruchsacke der Uterus mit den Adnexen. Die Leistenbrüche wurden vorwiegend nach Bassini operiert. (Selbstbericht.)

18) **H. Marsh.** Intermittent hydrops of the joints: and the influence of growth on deformities.

(Lancet 1904. Juni 4.)

In einigen Fällen Verf.s von intermittierendem Gelenkhydrops erwies sich Chinin resp. Arsenik von so großem und sofortigem Nutzen, daß Verf. an eine besondere Gelenkform der Malaria dachte, eine Ansicht, die einige ähnlich verlaufene Fälle der Literatur zu bestätigen schienen. Es wurden jedoch weder Plasmodien gefunden, noch erwies sich die Annahme nach der bisherigen Kenntnis der Malaria als haltbar, so daß die Erfolge als solche rein symptomatischer Behandlung anzusehen sind. — Der zweite Teil der Arbeit weist an der Hand einiger Fälle und typischer Präparate resp. Röntgenbilder nach, in welch außerordentlich hohem Maße die Natur in der Lage ist, deformierte kindliche Knochen während ihres weiteren Wachstums wieder zur Norm auszugleichen, und wie weitgehend der Chirurg bei der Behandlung von Knochendeformitäten diesem Faktum Rechnung tragen kann. **Ebbinghaus** (Berlin).

19) **J. F. Wallhauser** (Newark, N. J.). A case of actinomycosis.

(Journ. of cutan. diseases 1904. Februar.)

Interessanter Fall von Aktinomykosis, fast unter dem Bild einer indurierten Akne im Gesicht und an den Kinnpartien des Halses auftretend. Nach mannigfachen Fährlichkeiten geheilt unter Jodkali, neben wohl ziemlich unwesentlicher Lokalbehandlung von Salizyl- und Borpräparaten. **Harttung** (Breslau).

20) **D. W. Montgomery.** A tuberous iodide of potash eruption simulating histologically an epithelioma.

(Journ. of cutan. diseases 1904. Februar.)

M. berichtet über einen Fall von Jododerma tuberosum, den er als Epitheliom diagnostiziert und exstirpiert hatte. Sehr anschauliche, deutliche Tafeln zeigen das mikroskopische Bild der epitheliomatöson Geschwulst von Jododerma aus den Arbeiten Ehrmann's in Mracek's Handbuch und Norman Walker's in Unna's Monatsheften. Ein Schnitt des eigenen Falles des Verf.s ist hinzugefügt. Der Fall war dadurch besonders kompliziert, daß es sich um eine Geschwulst handelte, welche bei einem Syphilitiker neben anderen tuberösen Formen bestand und neben einer sehr ausgedehnten Infiltration auch starke hyper- und parakeratotische Veränderungen zeigte (auch mikroskopisch).

Harttung (Breslau).

21) **Neish und Tonkin.** Leprosy in Jamaica.

(Bristol med.-chir. journ. 1904. März.)

Verff. teilen ihre im Leprahospital auf Jamaika gemachten Erfahrungen mit. Die Lepra ist dort im Abnehmen begriffen, wahrscheinlich infolge der vorzüglichen Einrichtungen des staatlichen Hospitals. Ätiologisch kommt die Unterernährung bei der fast ausschließlich vegetarischen, zu stickstoffarmen Kost der Eingeborenen sehr in Betracht. Allein durch die bessere Kost im Krankenhause wurden oft rasche und bedeutende Erfolge erzielt, im Verein mit den besseren hygienischen Bedingungen. Für die Fisch-Theorie Hutchinson's ergaben sich keine Anhaltspunkte. Am meisten bewährte sich die Behandlung mit

intramuskulären Sublimateinspritzungen. In 100 Fällen, in denen diese Behandlung (2mal wöchentlich) durchgeführt wurde, war fast immer ein Erfolg zu verzeichnen; Geschwüre heilten oder verkleinerten sich, die Knoten schrumpften, die Schmerzen ließen nach, und in einigen Fällen wurde der psychische Zustand besser, auch stellte sich die Hautsensibilität bis zu einem gewissen Grade wieder her. Die Erfolge waren anhaltend. Die Sublimatbehandlung ist also eine wertvolle Unterstützung der Allgemeinbehandlung, besonders geeigneter Diät, worauf es in erster Linie ankommt. Nach Ansicht der Verff. ist die Lepra in manchen Fällen vollkommen heilbar; in den letzten 4 Jahren konnten 15 Insassen des Hospitals entlassen und die Beständigkeit ihrer Heilung längere Zeit hindurch beobachtet werden.

Mohr (Bielefeld).

22) **A. Stieda.** Verkalkte Parasiten (Cysticercus cellulosae) im Röntgenbilde.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLII. p. 245.)

Bei der Röntgenuntersuchung eines 37jährigen Mannes wurden als Nebenbefund längliche oder ovale, etwa 1 cm lange Schatten auf der Platte wahrgenommen, welche verkalkten Cysticercen entsprachen. Es wurde dies durch Probeexzision eines dieser Gebilde und Nachweis von Haken bewiesen.

M. v. Brunn (Tübingen).

23) **Kurrer.** Tod nach Tuberkulineinspritzung.

(Med. Korrespondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins 1904. April 30.)

Der betreffende Pat., Phthisiker, war anderweitig mit Neutuberkulin (TR) behandelt worden. Nach der ersten intravenösen Einspritzung von 0,0004 mg starke Reaktion, trotzdem 2 Tage darauf bei gutem subjektiven Befinden Wiederholung der Einspritzung intravenös mit gleicher Dosis. Wiederum starke Reaktion, Tags darauf abends plötzlich heftiger Schweiß und völlige Bewußtlosigkeit mit tonischen und klonischen Krämpfen, Tod nach einigen Stunden. Keine Sektion.

Der Tod des kräftigen, leicht tuberkulösen, bis dahin arbeitsfähigen Mannes ist wohl der übermäßigen Reaktion auf die Tuberkulineinspritzung zuzuschreiben, bei der die Vorschriften Koch's nicht genügend beobachtet wurden.

Mohr (Bielefeld).

24) **Danlos.** Sur l'action physiologique et thérapeutique du radium.

(Bulletin des sciences pharmacol. 1904. Februar.)

Therapeutische Versuche mit Radium bei Lupus, Naevis, Psoriasis. Beim Naevus vasculosus von geringer Ausdehnung waren die Erfolge sehr gut. Beim Lupus traten nach 24—48stündigen Aufliegen der Radiumkapseln folgende Erscheinungen auf: zunächst geringe Rötung, nach 6—20 Tagen weißliche Verfärbung, Mazeration und Abschälung der Haut oder Bildung einer schlaffen Phlyktäne, nach Abstoßung der Haut oberflächliche, stark absondernde Ulzeration, bei nicht zu langer Einwirkung keinerlei Schmerzen. Die Geschwüre blieben 1½—2 Monate und länger bestehen und vernarbten dann mit glatter Narbe. In 4 so behandelten Fällen von Lupus erythematosus trat nach anfänglich gutem Erfolge bei 2 Kranken ein Rezidiv auf. In 7 Fällen von gewöhnlichem Lupus schienen die Erfolge dauerhafter zu sein, und die Methode verdient weitere Versuche.

Mohr (Bielefeld).

25) **Lengemann.** Zur Thiosinaminbehandlung von Kontrakturen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 13.)

L. teilt einen weiteren Fall von erfolgreicher Behandlung von narbiger Kontraktur am Daumen mit, die nach einem Trauma entstanden war, und erwähnt, daß die bereits mitgeteilten zwei Fälle von Dupuytren'scher Kontraktur dauernd

geheilt geblieben sind. Die Thiosinamineinspritzungen, die er in das Narbengewebe selbst macht, sollen die Massage und Bewegungstherapie nicht ersetzen, sondern nur unterstützen. **Borchard** (Posen).

26) A. E. Maylard. Abdominal surgery, retrospective and prospective: Based on fourteen years' personal experience in the wards of the Victoria infirmary, Glasgow.

(Glasgow med. journ. Bd. LXI. p. 249.)

Verf. gibt eine Übersicht über die während einer 14jährigen Tätigkeit von ihm ausgeführten Operationen an der Speiseröhre, Magen, Darm, Gallengängen und Pankreas, ohne seine Fälle im einzelnen anzuführen. Neues enthalten seine Ausführungen nicht. **M. v. Brunn** (Tübingen).

27) Chappet. Deux cas d'entérite tuberculeuse avec perforation dans la grande cavité péritonéale.

(Soc. méd. de Lyon 1904. Februar 23.)

Während die Perforation tuberkulöser Darmgeschwüre des Dünndarmes nach vorhergehenden Verwachsungen mit der Umgebung nicht selten ist, erfolgt der Durchbruch in die freie Bauchhöhle, welche gesund oder welche tuberkulös erkrankt, aber frei von Verwachsungen ist, nur ausnahmsweise. Zwei solche Fälle teilt C. mit.

1) Phthisiker mit schmerzhaften Durchfällen und geringem Ascites; plötzlicher heftiger Schmerz in der linken Seite, worauf sich rasch eine heftige allgemeine Peritonitis entwickelte. Tod nach 5 Tagen. Das Bauchfell bildete eine große abgekapselte Höhle, welche, mit Flüssigkeit vermischt mit Darminhalt angefüllt, vorn von dem mit eitrigem Exsudat bedeckten Netz, hinten von den gegen die Wirbelsäule gedrängten, verbackenen Dünndarmschlingen begrenzt war. Keine älteren Verwachsungen, Perforation 30 cm oberhalb der Ileocoecalklappe zahlreiche, zum Teil der Perforation nahe Geschwüre im unteren Ileum.

2) Phthisiker ohne ausgesprochene Darmstörungen, Kachexie, Bauch unterhalb des Nabels etwas druckempfindlich, keinerlei peritonitische Symptome. Tod an Kachexie. In der Bauchhöhle trübes, fibrinöses Exsudat, keine Verwachsungen in der Umgebung der Perforationsstelle am Dünndarm, $2^1/_4$ m oberhalb der Blinddarmklappe, zahlreiche tuberkulöse Dünndarmgeschwüre.

Verf. verwirft wegen des Allgemeinzustandes und der großen Anzahl der Geschwüre jeden chirurgischen Eingriff. **Mohr** (Bielefeld).

28) S. R. Scott. Perforation of the intestine in typhoid fever.

(St. Bartholomew's hospital reports 1903.)

S. beobachtete 32 Darmperforationen bei Typhus, bei denen durch Operation oder Sektion die Diagnose gesichert werden konnte. Er bespricht die Symptome und die Lokalisation der Perforation: 3mal am Kolon, stets multipel; 29mal am Ileum, nur 1mal multipel; in 95% innerhalb der letzten zwei Fuß des Ileum.

Von diesen Fällen operierte er neun. Es heilten vier, darunter drei bei Kindern, nur einer bei einem Erwachsenen. Diese kleine Statistik gewinnt an Interesse durch den Vergleich mit der von Escher (ref. in diesem Zentralblatt 1903 p. 1095), der offene Behandlung ohne Darmnaht empfiehlt und damit unter vier Fällen drei Heilungen erzielte.

Bei Perforationen in der 3.—5. Woche (75%) trat niemals Heilung ein; die günstigen Fälle perforierten in der 6.—12. Woche. Es stimmt das zu Escher's Zusammenstellungen aus der Literatur. **Lengemann** (Bremen).

29) O. Hartmann. Ein seltener Fall von primärer Typhlitis mit sekundärer Epityphlitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXII. p. 318.)

H. operierte einen Pat. (Alter nicht angegeben), der seit 3 bis 4 Jahren bisweilen ziehende und zerrende leichte Schmerzen in der rechten unteren Bauch-

gegend gehabt hatte. In letzter Zeit starke Verschlimmerung durch anfallsweise aufgetretene sehr intensive Schmerzanfälle mit Übelkeit. Stuhl bisweilen angehalten, bisweilen diarrhoisch. Operationsbefund: Verwachsungen um den Blinddarm herum. Nach Hochschlagung des letzteren findet sich weiter auf dessen Dorsalseite eine flächenhafte, eine Tasche bildende Verklebung. In diese Tasche schlängelt sich das kolbenförmig verdickte Ende des S-förmig gekrümmten Wurmfortsatzes. Entbindung und Ektomie desselben, glatte Heilung. Man fand in ihm eine echte Appendicitis granulosa haemorrhagica, aber keinen Kotstein oder Fremdkörper.

H. interpretiert: es handelte sich hier um eine primäre Typhlitis, und zwar einfach infolge von Kotstauung. Deren Folge waren die Verwachsungen, welche ihrerseits zur Knickung des Wurmfortsatzes und erst sekundär zur Appendicitis führten. (Ob diese Auffassung stichhaltig ist, muß Ref. bezweifeln.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

30) **Ferlin et Agniel.** Deux cas d'appendicite terminés par vomiques.
(Revue française de méd. et de chir. 1904. Nr. 20.)

Fall 1. 14jähriger Knabe mit Appendicitis perforativa und großem, gut abgekapseltem Abszeß. Operation verweigert. Am 10. Tage der Erkrankung wurde $^1/_2$ Liter kotig riechenden Eiters auf einmal erbrochen, worauf eine starke Verkleinerung des Abszesses festgestellt wurde. Tags darauf jedoch wieder Vergrößerung, nochmals eitriges Erbrechen und eitrige Stühle. Hierauf allmähliche Heilung.

Fall 2. 10jähriger Knabe, Erscheinungen ähnlich wie im ersten Falle. 3 Monate nach Beginn der Erkrankung mehrfaches eitriges Erbrechen, während Stuhl und Urin ohne Eiter blieben. Hierauf starker Rückgang der lokalen Erscheinungen. Nach mehreren Rezidiven Operation etwa 1 Jahr später; die Perforationsstelle wurde nicht festgestellt. Heilung.

Die Perforation hatte nach dem Verlauf in beiden Fällen wohl entweder direkt in den Magen oder in den anstoßenden Teil des Darmes, also auffallend hoch stattgefunden. **Mohr** (Bielefeld).

31) **Michel et Perrin.** Hémorrhagie gastrique au cours d'une appendicite. Thrombose de l'iliaque primitive gauche.
(Revue méd. de l'Est 1904. p. 179.)

20jähriges Mädchen. Nach mehreren Anfällen Operation wegen Appendicitis perforativa, Eröffnung eines intraperitonealen, zwischen der Gekröswurzel und dem Nabel gelegenen Abszesses, Wurmfortsatz nicht gefunden, Tod plötzlich Tags darauf. Bei der Autopsie wurde der Wurmfortsatz hinter dem Innenrande des Blinddarmes gefunden, seine perforierte Spitze mündete in einen älteren retrocoecalen Eiterherd, welcher sich bis zur Teilungsstelle der Iliaca communis erstreckte; Thrombose der Vena iliaca communis sinistra. Im Magen etwa 1 Liter Blut, an der Vorder- und Hinterwand dicht unterhalb der Cardia zwei kreisförmige Geschwüre, das vordere nahe dem Durchbruch. **Mohr** (Bielefeld).

32) **Reisinger.** Bericht über 370 operativ behandelte Fälle von Epityphlitis.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXII. Hft. 4.)

Die Fälle des Verf. beanspruchen insofern besonderes Interesse, als ihm selbst die äußere und innere Abteilung seines Krankenhauses unterstellt sind und das Material so von einem einheitlichen Gesichtspunkt aus behandelt werden konnte. Bei einem großen Teile der Pat. lag beim Eintritt schon die Indikation zum Eingriffe vor. Bei den übrigen Kranken wurde, wenn es möglich war, 1—2 Tage gewartet. Verf. neigt mehr zur Frühoperation. Die Intervalloperation wurde nur 58mal ausgeführt. Bei diffuser Peritonitis bevorzugt R. Ausspülungen der Bauchhöhle. Auch in verzweifelten Fällen von Appendicitis weist er den chirurgischen



Eingriff nicht ab und hat manchen Pat. wider Erwarten genesen sehen, der ohne die zugreifende Therapie verloren gewesen wäre. Was das Geschlecht der an Appendicitis Erkrankten betrifft, so waren 217 männliche, 153 weibliche betroffen. 44% aller Erkrankungen fallen in die Zeit zwischen dem 16. und 25. Lebensjahre. Jenseits des 60. Jahres war das Leiden äußerst selten. Die von v. Hansemann behauptete familiäre Disposition zu Wurmfortsatzerkrankungen erkennt auch Verf. an, der in 15 Familien 36 Krankheitsfälle erlebte. Abnorme Länge des Organes, Veränderungen an der Gerlach'schen Klappe mögen diese hereditäre Neigung ebenso erklären wie Vererbungen im histologischen Baue des Wurmfortsatzes.

Aus der Besprechung der einzelnen Fälle und ihrer klinischen Erscheinungen sei bemerkt, daß 49mal wirkliche diffuse Peritonitis im strengsten Sinne des Wortes bestand und 33mal tödlich endete. In allen diesen Fällen kamen die Kranken zu spät zur Operation. Alle mit Pylephlebitis komplizierten Fälle starben. Von seltener Komplikation sind zwei Fälle mit Durchbruch des appendicitischen Abszesses in die Bronchien erwähnt, ferner ein Kranker mit Epityphlitis tuberculosa. Häufig beobachtete Verf. Schmerzen im Gebiete des rechten Nervus cruralis, oft mit Kontrakturstellung des gleichseitigen Hüftgelenkes verbunden. Dieses Symptom wies darauf hin, daß der Eiterherd oder der entzündete Wurmfortsatz in inniger Beziehung zum Ileopsoas stand. Im ganzen wurden von der Gesamtzahl der Pat. 266 geheilt, während 46 starben.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

33) **Sprengel.** Zur Diagnose der Wurmfortsatzeinklemmung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXII. p. 61.)

S. hat drei eingeklemmte Wurmfortsatzbrüche operiert, sämtlich Frauen und rechtsseitige Schenkelbrüche betreffend. In den beiden ersten Fällen lag eine deutliche Bruchgeschwulst vor, und enthielt der Bruch nur das distale Ende des Processus, welches brandig war. Beidemal wurde der ganze Wurmfortsatz fortgenommen. Das Operationspräparat des einen Falles, von Prof. Beneke histologisch genau untersucht, bot beweisende Zeichen echter Einklemmung, nicht etwa bloßer Appendicitis dar. Während die eine Pat. genas, ging die andere an Blutung aus Duodenalgeschwüren zugrunde. Der dritte Fall ist der interessanteste, und an ihn knüpft S. eine diagnostische Erörterung. Die Kranke, seit 3 Tagen mit rechtsseitigen Schmerzen, Fieber und Stuhlverhaltung akut erkrankt, zeigte Spannung des rechten Rektus und des medianen Teiles des Obliquus. Dazu Resistenz und Dämpfung im Winkel zwischen Rektuswand und Poupart'schem Bande, sowie Ausfüllung der Fovea ovalis, ob durch einen Bruch oder eine Drüsenschwellung, blieb zweifelhaft. Hiernach blieb auch die Diagnose, ob Brucheinklemmung mit intraperitonealem Exsudat oder Appendicitis mit Fortsetzung der Entzündung durch den Schenkelkanal und Beteiligung der inneren Leistendrüsen, unentschieden. Operation in Beckenhochlagerung mittels Längsschnittes durch den rechten Rektus. Netz rechts unten verlötet, in der freien Bauchhöhle etwas leicht getrübte Flüssigkeit. Es findet sich ein eingeklemmter Schlingenbruch des Wurmfortsatzes, sein Mittelteil in einem Schenkelbruchsacke, das oberste und unterste Ende in der Bauchhöhle. Appendektomie, Naht, Genesung. Das interessante Präparat ist in zwei kolorierten Abbildungen wiedergegeben.

S. führt aus, daß bei zum Schenkel fortgeleiteten appendicitischen Eiterungen der Abszeß regelmäßig die Lacuna muscularis passiert. Demgemäß hätte in seinem Falle, da hier der Schenkelkanal ausgefüllt war, die richtige Diagnose sich wohl allenfalls stellen lassen können. Außer an Wurmfortsatzeinklemmung wäre an Appendicitis im Brucksacke zu denken gewesen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) **M. Draudt.** Über eine Hernie der Regio pubica mit Durchtritt durch den M. rectus abdominis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLII. p. 251.)

Bei einer 38jährigen Frau, die an ziehenden Schmerzen im Unterleibe litt, welche in das linke Labium majus ausstrahlten, fand sich als Ursache eine kleine

Hernie, welche durch einen 3 cm langen Schlitz des Rectus hindurchtrat und sich unter dem M. obliquus externus hervor über dem horizontalen Schambeinaste nach außen vom Tuberculum pubicum vorwölbte. Den Inhalt bildete ein Stückchen Netz. Der M. obliquus externus war bis zu seinem Ansatz an der Linea alba muskulös. Der Rectus war schlecht entwickelt, und seine vordere Scheide fehlte. Vom M. transversus kam bei der Operation nichts zu Gesicht.

M. v. Brunn (Tübingen).

35) **Bernheim-Karrer** (Zürich). Über Pylorusstenose im Säuglingsalter.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1904. Nr. 8.)

Der am 38. Tage — ohne Operation — gestorbene Säugling bot folgendes Bild: »Die Magenwand erschien hochgradig (um 5 mm) verdickt und knorplich in der Pylorusgegend; die Mucosa blaß, nur in der Pylorusgegend stark injiziert, geschwollen, in Längsfalten gewulstet, dadurch die Lichtung des Pylorus fast vollständig aufgehoben. Mikroskopisch fand sich eine wirkliche »Hypertrophie der Muskelzellen«, wobei B. es dahingestellt läßt, ob es sich um eine Arbeitshypertrophie (Spasmus) oder um kongenitale Anlage handelt.

Stolper (Göttingen).

36) **Quénu.** Gastro-entérostomie pour un ulcère simple hémorrhagique de l'estomac.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 53.)

37) **Tuffier.** Traitement des ulcères hémorrhagiques de l'estomac.

(Ibid. Nr. 55.)

Q. hat einen Pat. 8 Tage nach der Gastroenterostomie durch Blutung verloren. Er hält die Operation während einer Blutung nicht für indiziert, glaubt aber sie gewissermaßen als Präventivhämostatikum empfehlen zu sollen. Seiner Berechnung nach gäbe die Operation 55% Heilung (bei 38 Fällen).

Dagegen verwirft T. die Gastroenterostomie bei blutendem Magengeschwür vollständig zu gunsten einer ausschließlich internen Behandlung. Bei letzterer sei (bei 52 Fällen) die Mortalität = 1,7%, während sie bei den Operierten = 37% sei.

V. E. Mertens (Breslau).

38) **H. Koch.** Ein Fall von Gastroenterostomie bei Sanduhrmagen.

Dissertation, Kiel 1903.

Bei einer 41jährigen Frau wurde bei Magengeschwür eine vordere Gastroenterostomie gemacht, ohne daß Besserung eintrat. Die Operation war durch Verwachsungen und entzündliche Infiltrationen besonders erschwert. Auch durch einen weiteren Eingriff, wobei von einer Gastrotomiewunde aus ein Schlauch in den abführenden Schenkel der angenähten Dünndarmschlinge eingelegt wurde, gelang es nicht, den tödlichen Ausgang abzuwenden. Die Sektion ergab einen Sanduhrmagen mit stark erweitertem oralen Abschnitt. Die Gastroenterostomie saß im aboralen Teile. **M. v. Brunn** (Tübingen).

39) **E. Feldmann.** Gastroenteroplastik nach vorausgegangener Gastrotomie. Ein neues Verfahren zur Erweiterung narbig verengter Gastroenteroanastomosen.

Dissertation, Kiel 1903.

Bei einer 50jährigen Frau war wegen Narbenstenose des Pylorus die Gastroenterostomia retrocolica posterior mit Murphyknopf ausgeführt worden. $2^1/_2$ Jahre später kam die Pat. mit erneuten Stenoseerscheinungen wieder. Der Grund war die narbige Verengerung der Anastomose, zu deren Erweiterung Helferich so vorging, daß er die Vorderwand des Magens eröffnete, die nicht einmal mehr für

die Zeigefingerspitze durchgängige Öffnung von innen her freilegte, spaltete und durch Gastroenteroplastik erweiterte. Die Heilung war durch einen Nahtabszeß gestört. Wegen Verdachts auf Peritonitis wurde sogar die Bauchhöhle nochmals eröffnet, doch war keine Peritonitis vorhanden. Unter Tamponade erfolgte jetzt Heilung. **M. v. Brunn** (Tübingen).

40) **F. Pels-Leusden.** Über Hammerdarm nach Bauchfelltuberkulose. Doppelter Darmprolaps aus einer Nabeldarmfistel.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXII. p. 309.)

Der vom Verf. in der Berliner Charité glücklich operierte Fall ist in diesem Blatte p. 500 des laufenden Jahrganges im Referat über einen diesbezüglichen Vortrag in der Berliner Chirurgen-Vereinigung bereits kurz erwähnt. Zur Vervollständigung führen wir hier noch an, daß der neue Namen »Hammerdarm« von König sen. stammt. Er kennzeichnet den T-förmigen oder zweihörnigen bezw. zweischenkligen Darmvorfall, der, aus einer umbilikalen Darmfistel herauskommend, auf einem einfachen Stile sitzt, wie er zuerst von Barth bei einem offen gebliebenen Ductus omphalo-mesaraicus beschrieben ist. Der glückliche Ausgang der Operation ist wesentlich dadurch erreicht, daß der evaginierte Darm zunächst reinvaginiert wurde. Nach vollständig besorgter Reposition wurde zu deren Sicherung die Haut rund um die Nabelfistel auf $1/2$ cm weit umschnitten, abgelöst und über der Fistel zugenäht, so daß letztere zuverlässig gedichtet war. Erst dann Eröffnung der freien Bauchhöhle, Befreiung der fisteltragenden Dünndarmschlinge von etlichen Verwachsungen, Hervorholung, ovaläre Resektion des perforierten Darmwandteiles, Naht usw.

Verf. benutzt die Gelegenheit, um beiläufig den Wert der von König bei Bauchfelltuberkulose eingeführten Laparotomie gegenüber der ihr in neuerer Zeit zu Teil gewordenen abfälligen Kritik zu verteidigen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) **W. W. Maksimow.** Resektion von 1 m Dünndarm wegen Nekrose nach Inkarzeration.

(Sonderabdruck, Warschau 1904. [Russisch.])

Aus einem Berichte M.'s sei folgender Fall herausgegriffen.

Die 56jährige Pat., die seit 20 Jahren an hartnäckiger Verstopfung litt, erkrankte plötzlich mit Übelkeit und Erbrechen, Schmerzen und Auftreibung des Leibes. Kein Stuhl, keine Winde. Vom hinteren Scheidengewölbe aus war eine unbestimmte, feste Geschwulst zu fühlen, die den Douglas füllte.

Bei der Laparotomie wurde ein im kleinen Becken fixiertes Konvolut in seiner Ernährung stark beeinträchtigter Dünndarmschlingen gefunden. Als Ursache ergab sich ein Peritonealstrang, der von der Rückseite des Uterus bis zur Radix mesent. sich hinzog; nach seiner Durchschneidung löste sich das Konvolut leicht. Es wurde sodann 1 m vom Dünndarm — bis dicht an den Blinddarm — reseziert und die zirkuläre Naht der Darmenden ausgeführt. Spülung mit »aseptischem Wasser«. Naht der Wunde bis auf den unteren Winkel, durch den ein Mikulicz'scher Beutel herausgeleitet wurde (der 2 Wochen liegen blieb). Genesung.

V. E. Mertens (Breslau).

42) **Püschmann.** Ein Fall von Darmcysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXII. p. 109.)

Ein früher gesund gewesener Knabe, nach kurzer Krankheit mit bereits vorhandenem schwerem Kollaps wegen inoperabler Peritonitis in das Krankenhaus zu Britz bei Berlin eingeliefert und daselbst verstorben, zeigte bei der Sektion eine zwerchsackförmige Doppelcyste am Darme, 25 cm unterhalb der Fossa duodenojejunalis. Der eine Sackteil war mannsfaust-, der andere apfelgroß; die Einschnürung wurde durch das Gekröse gebildet, doch kommunizierten beide Säcke miteinander. Die Geschwulst saß dicht am Darm und zeigte, ebenso wie der

Darm, einen Einriß, der die Peritonitis veranlaßt hatte und der übrigens wohl durch eine heftige Bewegung des Kindes verursacht sein wird. Die Cystenwand zeigte sich histologisch wie eine Darmwand gebaut, eine zweischichtige Muskularis, Submukosa und hohes Zylinderepithel mit Kutikularsaum und Becherzellen enthaltend.

Wie P. die einschlägige Literatur kurz berührend ausführt, ist die Geschwulst bestimmt als Enterokystom, von einer Entwicklungsstörung herrührend, zu deuten. Ihr hoher Sitz spricht gegen Entstehung aus dem Ductus omphalo-mesentericus. Ein sehr ähnlicher Fall ist von Buchwald beschrieben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

43) **F. Kaselowsky.** Ein Fall von Polyposis recti.

Diss., Kiel, 1904.

Beschreibung eines Falles von Polyposis recti, bei dem durch Anlegung eines Kunstafters eine Besserung erstrebt wurde. Ob die Operation den gewünschten Erfolg hatte, ist fraglich, da der Fall nicht weiter beobachtet wurde. Die Polypenbildung ging nach oben noch über die Stelle des Anus praeternaturalis hinaus.

Die Arbeit enthält weiterhin eine tabellarische Zusammenstellung von 20 Fällen, unter denen 17mal genauere Angaben über den Sitz der Erkrankung vorlagen. Stets war der Mastdarm befallen, 13mal auch der Dickdarm, 8mal der Blinddarm, 1mal sogar der Magen. Ätiologisch sieht Verf. chronische Reizzustände als wesentlich an. Die Prognose ist recht ungünstig. Mehrere Pat. starben infolge der Blutverluste bei der Operation, andere an Invagination oder sekundär entstandenem Karzinom. Nur 8 wurden gebessert entlassen, und auch bei ihnen ist über die Dauer der Besserung nichts bekannt.

M. v. Brunn (Tübingen).

44) **E. Monnier.** Zur Kasuistik der Milzcysten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLI. Hft. 1.)

Verf. berichtet aus der Züricher chirurgischen Klinik über einen mit Erfolg operierten Fall von nicht parasitärer großer Milzcyste. Dieselbe wurde bei einem 21jährigen Fräulein beobachtet, hatte wenig Beschwerden verursacht, war aber durch die sehr starke Auftreibung des linken Hypochondrium lästig geworden. Es wurde die Splenektomie ausgeführt, nachdem die große Cyste vorher durch Punktion teilweise entleert war. Auf Grund dieser Beobachtung und weiterer 13 Fälle der Literatur bespricht Verf. die pathologische Anatomie, die Genese, die Symptomatologie und die Therapie der großen Milzcysten. Unter allen therapeutischen Maßnahmen sei der Splenektomie in denjenigen Fällen, bei welchen die Blutstillung des Stumpfes nicht absolut sicher erscheint, der Vorzug zu geben.

Blauel (Tübingen).

45) **Scheible.** Ein Fall von Leberabszeß und diffuser Cholangitis mit zahlreichen Komplikationen durch mehrfache chirurgische Eingriffe geheilt. (Aus dem Freiburger Diakonissenhause. Prof. Dr. Goldmann.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 10.)

Der 61jährige Pat. hatte seit vielen Jahren an Cholelithiasis gelitten; 2 Jahre nach dem letzten Kolikanfall und Steinabgang entwickelte sich eine diffuse Cholangitis und im linken Leberlappen ein großer Abszeß, von ihnen aus auf dem Wege der Lymphbahnen ein subphrenischer Abszeß, ein linksseitiges Empyem und als einzige Metastase eine Vereiterung einer alten Hydrokele. Es wurden infolgedessen sieben operative Eingriffe, unter diesen eine ausgedehnte quere Spaltung der Leber mit besonders günstiger Wirkung, notwendig, nach denen Pat. schließlich ganz geheilt wurde.

Kramer (Glogau).

46) **C. Beyer.** Das Zusammentreffen von Gallensteinkolik und Leberechinokokkus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXII. p. 71.)

B. veröffentlicht einen einschlägigen Fall aus der Greifswalder Klinik (Prof. Friedrich). Der 48jährige Kranke hatte in den letzten 3 Jahren wiederholt typische Kolikanfälle mit Ikterus gehabt, wobei hervorzuheben, daß der Schmerzsitz der letzten zwei Anfälle links war. Mit den Erscheinungen beginnender Peritonitis und starkem Ikterus trat Pat. in die Klinik, woselbst lithogener Choledochalverschluß mit Perforationsperitonitis diagnostiziert wurde. Bei der Operation finden sich Gallenblasenverwachsungen, der schwer präparierbare Choledochus erweitert. Seine Inzision ergibt keinen Stein, Sondierung des Hepaticus frei, zum Darme hin verlegt (Narbenstenose?). Deshalb Cholecystenterostomie mit Murphyknopf. Dabei wird aus der Gallenblase, die frei von Steinen ist, ein bohnengroßes Gebilde entfernt, das bei genauerer Untersuchung als eingetrocknete Echinokokkusblase erkannt wird. Die zu Gesicht gekommenen Darmschlingen waren glatt und spiegelnd gewesen. Es erfolgte indes bald der Tod unter peritonitischen Erscheinungen, und ergab die Sektion, daß im linken Leberlappen ein über kindskopfgroßer Echinokokkus vorliegt, welcher nach dem Zwerchfell zu perforiert ist und hier zu abgesackten Eiteransammlungen geführt hat. Auch fanden sich noch in der ziemlich weiten Gallenblase vier kleine Konkrementstücke.

Diesen Fall mit ihm an die Seite zu stellenden Mitteilungen aus der Literatur vergleichend, führt B. aus, daß man zu unterscheiden hat zwischen 1) Fällen, wo gleichzeitig in der Tat Echinokokken und Gallensteine vorliegen und 2) solchen, bei denen trotz typischer Gallensteinkolik, die sich im Laufe von Jahren wiederholte, nur ein Echinokokkus, aber keine Gallensteine vorhanden waren. Von Fällen der ersten Art hat Verf. außer dem eigenen sechs ausfindig machen können. Wahrscheinlich wird bei diesen Erkrankungen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Echinokokkus und Gallensteinbildung anzunehmen sein, und zwar wird voraussichtlich der Echinokokkus als das zuerst entstandene Leiden anzusprechen sein. Indem derselbe zu Kompression von Gallengängen und folglich auch zu Stauungen von Galle Anlaß gibt, bewirkt er auch die Disposition zu Steinbildungen. Bei den Fällen der zweiten Kategorie erklären Bertelsmann und Kehr die vorkommenden Pseudo-Gallensteinkoliken einfach durch krampfhafte Kontraktionen der Gallenblasenmuskulatur, indem vorausgesetzt wird, daß das Organ infolge von Gallenstauung überdehnt ist. Häufiger aber ist jedenfalls der Grund dieser Koliken der, daß der Leberechinokokkus in Gallengänge durchbricht und in diese hinein Blasen entleert, welche dann bei ihrer Weiterwanderung in den Darm echten lithogenen völlig gleichende Koliken auslösen. Beweis hierfür ist das oft hinterher beobachtete Erscheinen der entleerten Blasen im Stuhlgange.

Zum Schluß der Arbeit Literaturverzeichnis, 18 Publikationen nachweisend.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) **Ohl.** Beiträge zur Frage der Choledocho-Duodenostomia interna.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXII. p. 83.)

O. berichtet vier von Sprengel-Braunschweig operierte Fälle, von denen drei genesen sind. Das Duodenum wurde in allen Fällen, nachdem die Gegenwart eines Steines im untersten Teile des Choledochus festgestellt war und die anderweitige Entfernung desselben sich als unmöglich herausgestellt hatte, mittels Querschnitt eröffnet. In den drei glücklich abgelaufenen Fällen gab die Wunde alsbald freien Zugang zu der Papilla Vateri, auf die dann sofort gegen den sich vorbauchenden, deutlich unterscheidbaren Stein eingeschnitten werden konnte. In dem ungünstig geendeten Falle hatte der Schnitt nicht sofort die richtige Stelle gegenüber der Choledochusmündung getroffen, und wurde deshalb zu dem Querschnitte noch in T-Form ein Vertikalschnitt gefügt, der erst die Papille freilegte. Die Naht der komplizierten Darmwunde hielt nicht, und am 3. Tage zeigte sich

Magen- bezw. Darminhalt im Verbande. Trotzdem noch zur Entlastung des Duodenums eine Gastroenterostomie gemacht wurde, erfolgte der Tod. Sämtliche Pat. waren Frauen im Alter von 30—56 Jahren. Im einzelnen bieten die Eingriffe allerhand Verschiedenheiten: Gallenblase bald steinhaltig, bald frei — demgemäß bald eröffnet, bald nicht. Die eröffneten Blasen wurden bald drainiert, bald durch Naht verschlossen — ebenso wie der Hepaticus hier drainiert wurde, dort nicht usw.

In der der Kasuistik nachgeschickten Allgemeinbesprechung stellt O. die sonst veröffentlichten gleichen Operationen zusammen. Es sind deren 13, mit den Sprengel'schen im ganzen also 17, von denen nur ein Pat. gestorben ist. Technisch ist zu bemerken, daß McBurney, der 6mal operiert hat, das Duodenum stets mittels Längsschnitt geöffnet hat. Derselbe Chirurg empfiehlt, die Papille im Duodenum sich durch Druck auf den Choledochus, welcher ein Tröpfchen Galle zum Vorquellen bringt, kenntlich zu machen. O. hält es, auf die Sprengel-schen Fälle gestützt, für ausreichend, einfach gegen den sich vorwölbenden Stein einzuschneiden, wobei es gleichgültig sein wird, ob man den Mündungspunkt des Gallenganges oder die Duodenalschleimhaut plus Ductus trennt. Auch eine Naht der Choledochuswunde, die S. stets unterließ, hat sich als unnötig erwiesen. Zum Schluß bespricht O. auch die durch Kocher, de Quervain, Lorenz und Berg im vorigen Jahre als Konkurrenzoperation für die Duodenotomie empfohlene Choledochotomia retroduodenalis nach vorgängiger blutiger Ablösung des vertikalen Duodenums von der hinteren Bauchwand. Wenn schon die meistens leichte Ausführbarkeit dieser Ablösung als erwiesen zu betrachten ist, werden der Inzision des Choledochus in seinem tiefsten Teile, wo er innerhalb des Pankreaskopfes eingebettet ist, unter Umständen doch erhebliche, selbst kaum überwindliche Schwierigkeiten entgegentreten können. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

48) **H. Kehr.** Die Dauerresultate meiner letzten 500 Gallenstein-laparotomien (400.—900. Operation).

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 14.)

Die Dauerresultate haben sich gegenüber denen der ersten 400 Operationen wesentlich gebessert. Nur in 2,5% der Fälle (früher in 4%) blieben Steine zurück nur in 3% (früher in 7%) traten Hernien, nur in 5% (statt in 17%) Adhäsions- und Entzündungskoliken auf, weil häufiger die Ektomie an Stelle der Cystostomie, die Hepaticusdrainage statt der Choledochotomie ausgeführt worden. Die Sterblichkeit betrug in den Fällen, die frei von Cholangitis und Karzinom waren, nur 3%, in den nicht freien 13%. — 89% wurden völlig geheilt und arbeitsfähig. **Kramer** (Glogau).

49) **H. Küster.** Beitrag zur pathologischen Anatomie der Cysten am Pankreas.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXII. p. 117.)

K. beschreibt eine als zufälligen Sektionsbefund in der Göttinger pathologischen Anstalt beobachtete Pankreascyste. Die angeschlossene Besprechung zeigt, daß dieselbe als »retroperitoneale, peripankreatische cystische Bildung unbekannter Ätiologie« aufzufassen ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

50) **E. P. Baumann.** Mesenteric cysts.

(Lancet 1904. Mai 7.)

Mitteilung eines Falles einer apfelgroßen Gekröscyste bei einem 8 Monate alten Kinde, das unter den Erscheinungen von Darmverlegung eingeliefert wurde. Die derbwandige Cyste lag zwischen den Gekrösfalten am unteren Ende des Dünndarmes, in dem durch sie ein Knick hervorgerufen wurde, und enthielt ca. 1 Unze gelber klebriger Flüssigkeit. Die histologische Untersuchung ergab zweifellos kongenitalen Ursprung. Die Wand der Cyste war ausschließlich fibrös, ohne Spuren von Muskelgewebe.

Eine kurze Zusammenstellung der internationalen Literatur über Gekröscysten geht der Besprechung des Falles voraus. **H. Ebbinghaus** (Berlin).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.





Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 1. **Sonnabend, den 9. Januar.** **1904.**

Medizinischer Anzeiger.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Einunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 26. **Sonnabend, den 2. Juli.** **1904.**

Medizinischer Anzeiger.





Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Hierzu zwei Prospekte: 1) von den Nährmittelwerken H. Niemöller in Gütersloh; 2) von dem Elektrotechnischen Laboratorium in Aschaffenburg.

